

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Terezie Lindovská

**Vztah úzkostnosti a senzitivity matek
a psychického zvládání zátěžových situací
u jejich dětí**

**The relationship between maternal anxiousness, sensitivity and
their children's coping mechanisms in stressful events**

Poděkování

Děkuji své vedoucí bakalářské práce MUDr. Gabriele Šivicové za vstřícný a nápomocný přístup, odborné vedení a mnoho cenných rad v průběhu zpracování přítomné práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 10.12.2020

.....

Terezie Lindovská

Abstrakt

Cílem bakalářské práce je navrhnout výzkum, který exploruje míru vztahu mezi mateřskou úzkostností, senzitivitou a psychickým zvládáním zátěžových situací u jejich dětí v předoperační periodě. Literárně přehledová část práce definuje úzkostnost a s ní asociované pojmy, další psychopatologické projevy matek a jejich důsledky na život dítěte, dále popisuje vznik mateřské vazby a souvislost s mateřskou senzitivitou. Rovněž jsou zmíněny faktory, které mohou ovlivňovat úzkostnost či senzitivitu ve vybrané zátěžové situaci (předoperační perioda) u matky i dítěte. V závěru práce je navržen kvantitativní, explorační výzkum, který pomocí dotazníků zjišťuje míru úzkostnosti a vnímané rodičovské kompetence jakožto aspektu senzitivity u matek a míru předoperační úzkosti u dětí, a to pomocí observační metody.

Klíčová slova

mateřská úzkostnost, attachment, zvládání zátěžových situací, předoperační perioda, předoperační úzkost

Abstract

The aim of this bachelor's work is to propose a study, which explores the degree of the relationship between maternal anxiousness, sensitivity and their children's coping during the preoperative period. The literary part defines anxiousness and associated terms, other psychopathologic signs in mothers and their impact on the children's life, it also describes the development of a maternal attachment and its connection to maternal sensitivity. There are also mentioned factors, which can affect anxiousness or sensitivity in a specific stressful event (preoperative period) within the mother and the child. In the end a quantitative, exploratory study is proposed, which uses questionnaires to look into the degree of maternal anxiousness and the parental sense of competence as a sensitivity aspect in mothers, as well as the degree of preoperative anxiety in children, with the use of an observational method.

Keywords

maternal anxiousness, attachment, coping, preoperative period, preoperative anxiety

Obsah

Úvod	6
Literárně přehledová část.....	7
1. Definice pojmů úzkostnost, senzitivita a metody měření.....	7
1.1. Úzkostnost a její odlišení od specifických úzkostných poruch	7
1.2. Patologická míra úzkosti a hospitalizace	8
1.2.1. Měření úzkostnosti	9
1.3. Senzitivita a specifikace mateřské senzitivity	10
1.3.1. Mateřská senzitivita jako rodičovská kompetence a její měření	10
2. Psychopatologické rysy matky	12
2.1. Psychopatologie u mateřské osoby – specifikace.....	12
2.1.1. Úzkostné poruchy	12
2.1.2. Deprese	13
2.1.3. Drogy	13
2.1.4. Poruchy osobnosti – hraniční porucha osobnosti	14
2.1.5. Schizofrenie, poporodní psychóza.....	14
3. Mateřská vazba a její vznik	16
3.1. Jistá a nejistá vazba, jejich popisy	17
4. Determinující faktory u dítěte a faktory ovlivňující mateřskou úzkostnost či senzitivitu v zátěžové situaci (předoperační období)	19
4.1. Faktory dítěte a jejich souvislost s předoperační úzkostí	19
4.1.1. Věk dítěte.....	20
4.1.2. Pohlaví dítěte	20
4.1.3. Socioekonomický status rodiny dítěte	21
4.1.4. Přítomnost rodiče před operací dítěte	21
4.2. Faktory ovlivňující mateřskou úzkostnost a senzitivitu	21
4.2.1. Věk dítěte.....	22
4.2.2. Rodinný stav matky	22
4.2.3. Věk matky.....	23
4.2.4. Počet dětí	23
5. Návrh výzkumného projektu	25
5.1. Výzkumný problém, cíle výzkumu a výzkumné otázky	25
5.2. Metody získávání dat.....	26
5.3. Design výzkumného projektu.....	29
5.4. Typ výzkumu	31
5.5. Výzkumný soubor.....	32

5.6. Metody zpracování a analýzy dat	33
5.7. Etika výzkumu	33
Diskuse	35
Závěr	38
Seznam použité literatury	40
Seznam tabulek	53
Seznam zkratek	54
Příloha 1.....	I
Příloha 2.....	II
Příloha 3.....	III

Úvod

Téma práce jsem zvolila pro zájem o vztah mezi matkou a dítětem a prožíváním úzkostnosti, která je přirozenou součástí mateřství, avšak existují chvíle, ve kterých nepříznivě působí na psychiku obou členů dyády. Zvýšenou úzkostnost u matky vnímám jako dispozici, která se může negativně projevit ve stresujících situacích – například v nemocničním prostředí. Pro dítě důležité potřeby jistoty a bezpečí tak mohou být narušeny či neuspokojeny.

Senzitivita charakterizuje určitou vnímavost a odpovídatost vůči dětským potřebám a zahrnula jsem ji do teoretické části práce i do návrhu výzkumu, jelikož rovněž zasahuje do mnoha životních oblastí dítěte. V návrhu výzkumu se mimo jiné ptám na způsob, jakým senzitivita a úzkostnost souvisí se zvládáním zátěžové situace u dítěte, přesněji zda lze nalézt významné vztahy s mírou předoperační úzkosti, kterou dítě případně pocítuje.

První kapitola popisuje hlavní pojmy – úzkostnost a senzitivita – a vybrané metody měření. Úzkostnost vymezuji přesnou definicí a odlišuji ji od jiných úzkostných poruch, jako jsou například generalizovaná úzkostná porucha či anxiousní porucha osobnosti. Také zmiňuji rozdíl mezi situační úzkostností a patologicky zvýšenou úzkostností. Senzitivitu rovněž definuji a pro výzkumné účely ji dávám do souvislostí s rodičovskými kompetencemi.

V druhé kapitole zmiňuji psychopatologické rysy matek, se kterými se lze setkat a které pokládám za významné. Třetí kapitola obsahuje popis mateřské vazby, hlavní pojmy teorie vazby a dělení typů vazby dle hlavních autorů. Čtvrtá kapitola se věnuje vybraným faktorům hrajícím roli v prožívání úzkosti během předoperačního období, u matek i u dětí; v průběhu textu upozorňuji na to, že se primárně věnuji matkám a jejich dispozicím. Pátá kapitola obsahuje návrh výzkumného projektu, jeho metodologii, průběh a možné limitace.

Literatura byla vybrána v souladu s tematikou práce, čerpala jsem převážně z cizojazyčných (anglických) zdrojů, ale využila jsem i českou literaturu. Největší podíl na zdrojích mají studie související s probíranou oblastí, dále pak odborné texty, učebnice či manuály metod. V práci je citováno podle normy APA (2010).

Literárně přehledová část

1. Definice pojmů úzkostnost, senzitivita a metody měření

K udržení celistvosti práce pokládám za důležité definování pojmů, které jsou v textu popisovány jako mateřské faktory související s prožíváním dítěte. I přes to, že by úzkostnost a senzitivitu bylo možné studovat izolovaně, dle mého názoru spolu v mateřském působení souvisí, a proto věnuji pozornost oběma dispozicím zároveň.

1.1. Úzkostnost a její odlišení od specifických úzkostných poruch

Úzkostnost jakožto náchylnost k úzkostnému jednání a prožívání v kontextu péče o dítě je potřeba odlišit od jiných, lékařsky klasifikovaných poruch. U specifických úzkostných poruch hrají tendence k úzkostnému chování klíčovou roli, zatímco u úzkostnosti vyzdvihují, jak se matka projevuje vůči svému dítěti a naopak chování, které se projeví u dítěte v přítomnosti úzkostné matky. Ve výzkumu se v osobní anamnéze matek může objevit úzkostná porucha či podobná psychopatologie, a tak se věnuji jejich stručnému popisu. Hodnocení vlastní úzkostnosti je asociováno s mírou úzkostnosti dítěte (Frick, Silverthorn, & Evans, 1994), na což v průběhu textu upozorňuji.

Obecně je základní termín úzkost definován jako očekávání budoucí hrozby s opatrným či vyhýbavým chováním, narozdíl od strachu, který je emoční odpovědí na skutečnou či domnělou bezprostřední hrozbu (Praško, 2002). Úzkostnost (*anxiousness*) je dle Hartla a Hartlové (2000) stav bezpředmětného strachu, kdy jedinec cítí vnitřní napětí, neklid a obavy bez znalosti objektu, který je vyvolává. Míra úzkostnosti, kterou u matek sleduji, je spojena s předoperačním obdobím dítěte a charakterizována pocity strachu a obav (Spielberger, et al., 1973). Mateřská úzkostnost je jedním z nejvýznamnějších nezávislých rizikových faktorů rozvoje úzkosti a strachu dětí před operací, což přivádí pozornost k možnostem snížení stresu pečovatele (Charana, et al., 2018; Davidson, et al., 2006; Fortier, et al., 2010). Abych se mohla zorientovat v široké škále psychických stavů, v nichž převažují úzkostné symptomy, rozlišuji jednotlivé poruchy a odděluji patologickou míru úzkosti od situační úzkosti.

Generalizovaná úzkostná porucha

Jedná-li se o generalizovanou úzkostnou poruchu (generalized anxiety disorder, GAD), lze pozorovat nadměrnou úzkost a strach z množství aktivit, přičemž se jedinci

obávají každodenních, rutinních situací; osoba pocítuje somatické příznaky, jako jsou třes, svalové napětí, pocení, nevolnost, bolesti hlavy či palpitace (Raboch, et al., 2015). Symptomy, které jsou pozorovány nejméně 6 měsíců, zahrnují: nadměrnou úzkost a strach z každodenních aktivit a událostí, jež jsou pro jedince obtížné zvládat; jsou pozorovány 3 či více somatických příznaků, které jsou příčinami klinicky významné nepohody či narušení v sociální či pracovní oblasti. Roční prevalence GAD je 0,4 – 3,6 % u běžné populace (Raboch, et al., 2015) a ženy jsou přibližně dvakrát častěji diagnostikovány s GAD než muži.

Smíšená úzkostně-depresivní porucha

Další poruchou je smíšená úzkostně-depresivní porucha. Charakteristikou poruchy jsou jak úzkostné, tak depresivní příznaky, u kterých však není jasně dané, který typ příznaků převládá, navíc mírný průběh neopravňuje definitivní určení diagnózy úzkostné či depresivní poruchy zvlášť. Vyskytují se především vegetativní symptomy (třes, srdeční palpitace, sucho v ústech). V populaci existuje mnoho osob s přítomnou poruchou, aniž by kdy přišly do lékařské péče (MKN-10, 2018).

Anxiosní (vyhýbavá) osobnost

Porucha osobnosti je "trvalý vzorec vnitřního prožívání a chování, který se výrazně liší od hodnot očekávaných v kultuře příslušného jedince, je pervazivní a nepružný, nastupuje v dospívání nebo rané dospělosti, má stabilní průběh a vyvolává nepohodu nebo narušení" (Raboch in Raboch, et al., 2015). Úzkostné tendence se ve velké míře vyskytují u vyhýbavé poruchy osobnosti, která zahrnuje přítomnost nejméně 4 znaků, například neochotné stýkání se s lidmi, rezervovanost v intimním vztahu, nadměrné zabývání se kritikou či odmítnutím od druhých a pocity vlastní nedostatečnosti.

1.2. Patologická míra úzkosti a hospitalizace

Pokud se rodič stane přehnaně úzkostným, mohou být potenciální rizikové situace vnímány jako zveličené a neadekvátní. Ve studii Shirley et al. (1998) lze pozorovat rozlišení fyziologické úzkosti a patologicky zvýšené úzkosti pečovatele. Studie sledovala skupiny úzkostných a neúzkostných rodičů, dále je rozdělila dle míry úzkosti do méně až více (patologicky) úzkostných skupin. Matky ve výběru převažovaly (79 matek a 21 otců) a měly vyšší pravděpodobnost dosažení patologické úrovně úzkosti ($p = 0,04$). Faktory jako vzdělání, edukace a druh operace neměly význam při porovnání probandů. Úzkostní rodiče

pocit'ovali významné patologické zvýšení úzkosti ohledně operace, anestezie, pooperační bolesti a hospitalizace dítěte oproti méně úzkostným až neúzkostným rodičům (Shirley, et al., 1998). Excesivní rodičovská předoperační úzkost může přispět ke zvýšení úzkosti u dítěte a následně ovlivnit samotnou operaci (Bevan, et al., 1990) nebo pooperační periodu (Liu, Barry, & Weinman, 1994).

1.2.1. Měření úzkostnosti

Existují různé typy dotazníků a škál měřících úzkost a úzkostné projevy. U měření úzkostnosti je časté užití self-report nástrojů, takže kognitivní schopnosti respondenta a subjektivní interpretace obsahu významně souvisí s výsledkem dotazníku či škály. Symptomy jsou obvykle měřeny pomocí pozorovatelných proměnných (tvrzení), které zahrnují latentní konstrukt (například úzkost) (Rose, & Devine, 2014).

Vzhledem k hojnému počtu poruch, jejichž úzkostné projevy varíují, je při výběru metody měření důležité rozhodnout, zda se zaměřit na obecné projevy či zúžit výběr a sledovat specifické symptomy u jednotlivých poruch (Rose, & Devine, 2014). Screening úzkostných poruch je problematický – kvůli heterogenitě symptomů i kvůli překrývání normálních (situačních) úzkostných projevů a symptomů pacientů s diagnózou té které úzkostné poruchy. Pro zmírnění zatížení respondenta je vhodné užití krátkých forem dotazníků a škál, hlavně u větších vzorků (Rose, & Devine, 2014). U současných instrumentů pro měření úzkosti jsou 2 skupiny: obecné nástroje, které měří společné aspekty různých úzkostných poruch a specifické nástroje, které například sledují úzkost jako reakci na určité situace ve zdravotnictví i mimo něj.

K měření obecných projevů úzkosti lze užít například State Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger, 1989) se 2 subškálami (každá o 20 položkách) měřícími situační a rysově-osobnostní úzkost. Mnohem kratším nástrojem je screeningový dotazník GAD-7, který pomocí 7 položek zachycuje přítomnost a závažnost úzkostných příznaků, které se vyskytly v předchozích 2 týdnech (Spitzer, et al., 2006). Pokud se výzkumník zaměřuje na somatické symptomy úzkosti, vhodným nástrojem je Beck Anxiety Inventory (BAI) s 21 multiple-choice otázkami o symptomech, které jedinec pocit'oval v předchozím týdnu (Beck, et al., 1988).

Existuje též mnoho instrumentů, které hodnotí specifické úzkostné poruchy a které většinou zahrnují specifické fobie – například Dental Anxiety Questionnaire (Appukuttan, et al., 2013), Preoperative Anxiety Questionnaire (Kain, et al., 1997), Pain Anxiety Questionnaires (Carleton, & Asmundson, 2009) a mnoho dalších. Lze poznamenat, že výběr

vhodné metodologie je základní otázkou pro výzkumníka, a že neexistuje jeden dotazník či škála, které by byly schopné zachytit všechny výzkumné otázky (Rose, & Devine, 2014). Rovněž je vhodné přihlídnout k míře zátěže, kterou daný instrument pro respondenta znamená (z hlediska obsahu i časové náročnosti).

1.3. Senzitivita a specifikace mateřské senzitivity

Senzitivita neboli zvýšená vnímavost a citlivost (Hartl, & Hartlová, 2000) je dalším faktorem, který může mít vliv na dětské chování a prožívání. Mateřská senzitivita je schopnost vnímat a rozeznávat význam signálů dítěte a vhodně na ně reagovat; míra senzitivity ovlivňuje vývoj dítěte od novorozeneckého stádia do adolescence (Tiejian, et al., 2011). Předpokladem mateřské senzitivity je odpovídacost vůči dítěti a jeho projevům distresu, přičemž nedostatek odpovídacosti predikuje nejistou citovou vazbu u ročního dítěte (Ainsworth, et al., 1978). Lze říci, že mateřská senzitivita je protektivním faktorem asociovaným s rychlejším rozvojem kognitivních a sociálních oblastí (Landry, et al., 1997), stejně tak je důležitá pro redukci úzkostnosti u dětí (Warren, & Simmens, 2005).

Pojem mateřské senzitivity představila Mary Ainsworth ve svém výzkumu interakcí mezi dítětem a primárním pečovatelem. Pro exploraci a deskripci typů vazeb využila metodu Strange Situation (Ainsworth, et al., 1978), z níž vznikla škála Ainsworth's Maternal Sensitivity Scale (Benson, Haith, & Marshall, 2009). Jiné metody měření mateřské senzitivity jsou přímé pozorování (Evans, Moran, Bento, & Pederson, 2007) či faktorová analýza Maternal Behaviour Q-sort (Pederson, Moran, & Bento, 1999).

1.3.1. Mateřská senzitivita jako rodičovská kompetence a její měření

Pro účely výzkumu pokládám za důležité, že u dětí předškolního věku a starších nelze hovořit o mateřské senzitivě ve smyslu odpovídacosti na neverbální signály. Starší dítě již má s matkou citovou vazbu o určité kvalitě, umí vyjádřit znepokojení, jehož příčinu lze často poznat a také s matkou komunikuje na verbální i neverbální úrovni. Způsoby, kterými spolu interagují, z velké části spadají pod kompetence matky. Senzitivitu tak lze vnímat jako jednu z mateřských kompetencí.

Kompetence je definována jako určitá schopnost či způsobilost (Hartl, & Hartlová, 2000) a matka může být kompetentní různou měrou v plnění různých potřeb dítěte. Vyhovující je shrnutí Teti a Candelaria (2002): "Vřelost, přijetí a senzitivita vůči základním potřebám dítěte, jeho signálům a všemu, co lze očekávat v dané fázi vývoje, jsou univerzální součásti kompetentního rodičovství, bez ohledu na vývojovou fázi". Hlubší pojetí kompetencí, dělení a vztah k dětskému temperamentu mají mnohá pojetí, výklad však

přesahuje rámec práce. Pokud mateřskou senzitivitu zahrnuji pod kompetence pro zajištění jistoty, zázemí či pozitivní identity, které patří mezi základní potřeby dítěte (Šulová, 2005), pak je odpovídající metodou právě takový dotazník, který se na rodičovské kompetence zaměřuje. Už z principu nelze u starších dětí aplikovat observační metody cílené na kojence či batolata. Ke správnému posouzení vybrané kvality je důležité použití metody, která je adekvátní pro vybranou věkovou skupinu dětí a která sleduje kompetence, které odrážejí matčinu senzitivitu.

Vhodným nástrojem je například Parenting Sense of Competence Scale (PSOC) (Gibaud-Wallston, & Wandersman, 1978), měřící vnímané rodičovské kompetence v subškálách schopnost/znalost a oceňování/komfort. Škála může posloužit jako orientace v tom, nakolik kompetentní se matka cítí a nakolik adekvátně zvládá reagovat na potřeby dítěte. Pokud se vnímá nedostatečně kompetentní, například kvůli zvýšené úzkostnosti, může se to negativně projevit v komunikaci s dítětem v zátěžové situaci. Z druhého pohledu by snížená vnímaná kompetence mohla potencovat matčinu úzkostnost.

2. Psychopatologické rysy matky

Psychopatologické projevy mohou pocházet ze zanedbávajícího či extrémně kontrolujícího chování matky, ale i ze strany dítěte, jehož projevy však nejsou popsány v rámci zachování tématu práce. Vzhledem k povaze návrhu výzkumu je vhodné zmínit charakteristiky a souvislosti jiných psychopatologií kromě úzkostnosti, kterou primárně sleduji, jelikož se u úzkostných matek mohou projevit i další komorbidity.

2.1. Psychopatologie u mateřské osoby – specifikace

V této oblasti lze studovat, jakým způsobem matky nahlízejí na své děti, co k nim cítí a jak s nimi jednájí. Matka s generalizovanou úzkostnou poruchou se může vůči svému dítěti chovat jinak než matka s depresí, stejně tak lze sledovat specifika matek psychotických, neurotických či závislých na psychotropních látkách. Ačkoliv mají psychopatologie u mateřských osob rozličné podoby, výsledný vliv na psychiku dítěte může být obdobný či se v něčem může překrývat. V kapitole se zaměřuji na vybrané osobnostní a behaviorální psychopatologie u matek, krátce je charakterizuji a sleduji, na jaké oblasti života dítěte mají zásadní vliv.

2.1.1. Úzkostné poruchy

Úzkostnost u matek jsou popisovány ve výše uvedených kapitolách, nicméně úzkostné poruchy zařazují mezi významné psychopatologie a zmiňují je i nyní. Obecně je dle některých studií rodičovská úzkostnost asociována se zvýšenými očekáváními, že jejich děti budou vnímat situace jako ohrožující a že sami rodiče budou mít menší kontrolu nad úzkostnou odpovědí dítěte (Creswell, O'Connor, & Brewin, 2008; Wheatcroft, & Creswell, 2007).

Úzkostnost může regulovat způsob, jakým matky vnímají reakce svých dětí. Ve studii Orchard et al. (2015) matky s úzkostnými poruchami očekávaly, že jejich děti budou vnímat situace jako více ohrožující, budou prožívat více negativních emocí a budou méně schopné ovládat svou reakci na hypotetickou nejasnou situaci. Úzkostné matky samy sebe vnímaly jako osoby s menší kontrolou, více negativními emocemi a vyšším pocitem ohrožení. Způsob, jakým matky vnímají prožívání dětí, by měl být brán v potaz při léčbě dětské úzkostnosti a také je vhodné mít na vědomí, že léčbu lze korigovat zaměřením se na úzkostné kognitivní styly matek (Orchard, et. al, 2015).

Incidence klinicky signifikantní úzkosti u matek i otců dětí, které čeká operace, byla sledována ve studii Thompson et al. (1996). Ze vzorku 100 rodičů bylo 47 úzkostných v míře, ve které by se dalo hovořit o duševní poruše, avšak pohlaví rodiče nebylo statisticky

významnou proměnnou. Zjištění nicméně podporují tvrzení, že zvýšená mateřská úzkost může být asociována se zvýšeným distresem a behaviorálními problémy dítěte v nemocnici a zároveň ovlivnit schopnost fungovat (Thompson, et al., 1996). Autoři takto odlišují situační úzkost, která je odpovědí "logickou, pochopitelnou, časově omezenou a adaptivní vůči stresující situaci, i když může narušit fungování a výkon" (Valkenburg, & Winkour, 1986), od úzkosti, která se projevila u téměř poloviny rodičů ve studii a byla patologická.

2.1.2. Deprese

Významnou maternální patologií, která v USA zasáhne až 1 z 10 dětí (Ertel, Rich-Edwards, & Koenen, 2011), je deprese. Výzkumy sledují možnost přenosu maternální deprese na děti (Cohn, et al., 1986). Depresivní matky mohou být v souladu se symptomy méně responsivní a emocionálně nepřístupné, děti pak projevují méně pozornosti a větší projevy zuřivosti v interakci (Cohn, et al., 1986). Jako další důsledky mateřské deprese byly u dětí pozorovány i patologické odpovědi na stres (Barry, et al., 2015) a potíže v regulaci emocí (Harden, et al., 2017).

Vliv maternální deprese byl ve většině případů sledován u novorozenců, kde hraje roli antenatální perioda, a tak není mnoho dat z pozdějšího dětství; mnoho studií neodděluje vlivy jiných proměnných, například socioekonomického statutu, mateřství v adolescenci či předčasného porodu (Priel, et. al, 2019). Zkoumání poporodní deprese ukazuje, že se u dětí mohou objevit problémy jako nejistá vazba, antisociální chování a kognitivní deficity (Uddenberg, & Engleson, 1978). Výsledky metaanalýzy studií poporodní deprese nicméně ukázaly, že intenzita, s jakou se projevují její vlivy na dítě, slábne s narůstajícím věkem dítěte (Beck, 1998).

2.1.3. Drogy

Jinou problematikou, která hraje roli v péči o dítě, je abúzus drog včetně alkoholu. Drogové substance a alkohol mohou kromě svých specifických důsledků přispívat k dalším problémům, včetně deprese a úzkosti (Swift, Copeland, & Hall, 1996). Děti závislých matek mají vyšší úroveň psychologického narušení (Kolar, et al., 1994) a mohou projevovat symptomy ze zanedbávání (Davis, 1990). Ve studii Powis et al. (2000) byly zkoumány ženy dlouhodobě užívající heroin a jiné psychotropní látky, 71 % z nich pravidelně pilo alkohol. V dotaznících zohledňujících stres z mateřské role probandky vykazovaly signifikantně vysoké hodnoty stresu, také vyjadřovaly zvýšený strach z odejmutí dětí z péče (Powis, et al., 2000). To je na jedné straně motivačním faktorem pro nástup do léčby, na straně druhé je důležité myslet na uspokojování potřeb dětí a co nejmenší expozici negativním vlivům –

nelze s jistotou předpokládat, že drogově závislé matky budou potřeby uspokojovat konzistentně.

Také užívání drogových substancí v rané dospělosti budoucích matek může mít negativní důsledky. Ve studii Bailey et al. (2013) byly vysoké parentální drug use disorder (DUD) symptomy asociovány s horšími parentálními schopnostmi v pozdější dospělosti, což souviselo s vyšší externalizací chování u dětí. Výsledky studie podporují důležitost užívání substancí v průběhu života rodičů s ohledem na rodičovské dovednosti (Bailey, et al., 2013). Lze podotknout, že maternální patologii ve smyslu abúzu drogových substancí či alkoholu je příhodné zkoumat nejen v aktuálním rodičovském stavu, ale i několik let před tím, než žena začne zastávat mateřskou roli.

2.1.4. Poruchy osobnosti – hraniční porucha osobnosti

U osoby s poruchou osobnosti se vyskytuje emocionální zranitelnost, jež snižuje schopnost vypořádávat s přidruženými psychickými problémy (Tracy, et. al, 2011). Rodič neupřednostňuje potřeby dítěte a neposkytuje konzistentní péči. Jinou zasaženou oblastí je styl vazby, který variuje od dezorganizované k nejisté (Levy, et al., 2005).

Z osobnostních poruch lze uvést hraniční poruchu osobnosti, jejíž zkoumáním se ukazuje, že děti matek s hraniční poruchou osobnosti mají zvýšený risk pro rozvoj stejné poruchy (Nigg, & Goldsmith, 1994), ale i zvýšené riziko dalších problémů zahrnujících nejistou vazbu (Hobson, et al., 2005), zhoršenou seberegulaci a regulaci emocí (Macfie, & Swan, 2009). Studie Kiel et al. (2011) sledovala, jakou roli hrají symptomy hraniční poruchy osobnosti v rodičovství a při reakci na distres kojenců; k výzkumu byla užita metoda Strange Situation (Ainsworth, et al., 1978) a proběhlo pozorování interakcí dětí s matkami s vysokými a nízkými hraničními symptomy. Nebyly nalezeny signifikantní rozdíly mezi skupinami v reakcích na distres dítěte, což výústilo ve zjištění, že matky s klinicky relevantními hraničními symptomy neměly vyšší pravděpodobnost negativních či necitlivých reakcí vůči dítěti než matky bez těchto projevů (Kiel, et al., 2011). Matky se symptomy hraniční poruchy však projevovaly necitlivé chování vůči protrahovanému distresu dětí – je vidět reciprocita mezi distresem dítěte a mateřským necitlivým chováním (Kiel, et al., 2011).

2.1.5. Schizofrenie, poporodní psychóza

Schizofrenické poruchy jsou doprovázeny ztrátou kontaktu s realitou, depresivitou a poruchami vnímání a myšlení, které postupně ovlivňují kognitivní schopnosti jedince (MKN, 2010). Důsledkem schizofrenické poruchy u pečující osoby může být odchylka

v komunikaci rodičů, která negativně ovlivňuje vývoj komunikace mezi rodiči a dětmi (Wynne, 1981). Synchronizované a předvídatelné projevy matky jsou základními předpoklady vývoje vazby, které jsou v případě schizofrenní poruchy silně narušeny (Brazelton, & Cramer, 1990). Obecně mají projevy schizofrenie dlouhodobé kognitivní, emoční a behaviorální následky ve vývoji dítěte (Seifer, & Dickstein, 1993; Grunebaum, et al., 1974).

Specifickým případem ztráty kontaktu s reálným světem je poporodní psychóza, doprovázena disociací vědomí a neuvědomělými bludy a halucinacemi, s prvotními projevy zhruba 2 týdny po porodu a trvajících 2 až 12 týdnů (Jones, et al., 2014). Dle Jones et al. (2014) se však život ohrožující faktory u poloviny postižených neprojevují. Jak pozitivní, tak negativní symptomy schizofrenie mohou potenciálně narušovat kvalitu interakcí mezi matkou a dítětem (Snellen, Mack, & Trauer, 1999).

3. Mateřská vazba a její vznik

V kapitole popisují mateřskou vazbu (k označení se v některých zdrojích používá termín *attachment*), a to hlavně kvůli vztahu s pojmem senzitivity. Nejedná se o podrobný popis teorie, ale o uvedení základních zjištění, která byla představena autory teorie a která vnímám jako významná pro téma práce. Rovněž krátce charakterizují typy vazeb, jejich projevy u matky a dítěte a důsledky vazby na život obou členů dyády. I přes to, že se vazba původně vztahuje k dětem v kojeneckém či batolecím věku, lze poukázat na její vliv na následný život vyvíjejícího se dítěte. V případě starších dětí upozorňuji na pojem rodičovská či mateřská kompetence, která se uplatňuje jako schopnost projevat senzitivní a vnímavé chování, ale ne jako odpovídavost na neverbální signály kojence či batolete, o čemž původní teorie attachmentu hovoří.

Vazbová teorie má vztah k nárůstu sebejistoty, kapacity pro regulaci emocí a ke vzniku sociálních kompetencí a lze pozorovat jak normální vývoj, tak patologie u typů vazby (Sroufe, 2005). Zmiňuji 2 autory, kteří se svou prací zasloužili o položení základů teorie – John Bowlby a Mary Ainsworth (Ainsworth, & Bowlby, 1991). Bowlby postuloval teorii, ve které říká, že vazbové chování je "produktem určitých behaviorálních systémů, jejichž předvídatelným důsledkem je přiblížení se k matce a jehož evoluční funkce spočívá v ochraně dítěte před nebezpečím" (Bowlby, 2010). Druhým pojmem je vazba, která značí pouto mezi dítětem a matkou, skrze vazebné chování nejprve vzniká a poté zprostředkovává vztah (Bowlby, 2010). Vazba nadále prochází narušením v důsledku separace, deprivace či zármutku (Bretherton, 1992). Mary Ainsworth souběžně s Bowlbym zkoumala projevy vazbového chování u ugandských kmenů a jako první zformulovala koncept mateřské senzitivity vůči signálům dítěte a důležitost její role ve vazbě (Ainsworth, & Bowlby, 1991).

Vazbové chování je typ sociálního chování s vlastní biologickou funkcí a motivací, které zkoumá, co se děje, když je aktivován určitý behaviorální systém a tvoří se v kojeneckém období jako důsledek interakce s okolím, zejména s hlavním pečovatelem (Bowlby, 2010). Bowlby (2010) zjistil, že "jakmile je dítěti více než 2 roky, lze pozorovat typické vazbové chování; v 1. roce života je vývoj příliš variabilní a komplexní na vyvozování závěrů". V následujících letech života se vazbové chování projevuje s nižší intenzitou a frekvencí – příčinou jsou změny sociálního okolí, vědomí o hrozbě odchodu mateřské osoby a zvyšování jistoty v cizím prostředí se známými osobami (Bowlby, 2010). Vzorec vazbového chování se v období od 4 let do mladšího školního věku již příliš nemění. Pojem, který je pro teorii důležitý, je separační úzkost – dle Bowlbyho (Bowlby, Robertson, & Rosenbluth, 1952) vzniká v situaci, která v dítěti aktivuje jak únikové, tak vazbové

chování, avšak osoba, ke které má vazbu, není dostupná.

Ainsworth k teorii přispěla především svou empirickou prací – daty z pozorování interakce matek a kojenců v Ugandě (Ainsworth, 1967) a Baltimorskou studií (Ainsworth, 1989) ovlivnila Bowlbyho v procesu tvorby vazbové teorie, naopak Bowlbyho teoretické poznatky byly zdrojem pro její práci. Ainsworth vytvořila metodu kvantifikace citové vazby – Strange Situation, která zkoumá způsob chování dítěte v situaci, kdy je chvíli ponecháno s cizím člověkem a sleduje změnu chování, když se matka do místnosti vrátí (Ainsworth, & Bell, 1970). Důležité je, že právě dle chování v proceduře jsou rozpoznány vazebné typy, které popisují v podkapitole 3.1.

3.1. Jistá a nejistá vazba, jejich popisy

Následující podkapitola stručně popisuje projevy dítěte s vytvořenou vazbou. Vazba je sledována a definována u dětí v kojeneckém až batolecím věku. Právě věk dítěte je významným faktorem a batolecím období je s rozvojem autonomie, sebeuvědomění a internalizací mateřské osoby vhodné pro posuzování vazby vzhledem k tomu, jak dítě zvládá oddělení od matky (Langmeier, & Krejčířová, 2006). Pro spojitost s předoperační úzkostí uvádím, že nejistá vazba může vést k nedostatečnému rozvoji schopnosti vyrovnávat se s novým prostředím, kam nemocnice jistě patří. Jedná se o důsledek vycházející z počínání matky, a proto jej zařazuji mezi významné proměnné. Jistá citová vazba zahrnuje chování, kdy se děti drží v blízkosti matky, jsou hravé a jisté samy sebou v její přítomnosti; rozrušení nastává, když matka odejde, avšak po jejím návratu se uklidní a vrátí zpět ke své hře (Ainsworth, et al., 1978). Rodiče takových dětí rychleji a adekvátněji reagují na jejich potřeby než u dětí s vazbou nejistou (Leblanc, et al., 2017). Jistá vazba je rovněž asociována s vyšším sebeuvědomím, schopností mít dlouhodobé vztahy a s vyhledáváním sociálních interakcí (Fisher, & Kim, 2007). Bohlin, Hagekull & Rydell (2000) zjistili, že u dětí s jistou vazbou bylo reportováno méně sociální úzkosti než u dětí s nejistou vazbou. Ostatní vazby jsou nejisté a dělí se dle daných projevů na úzkostnou vzdorovitou, úzkostnou vyhýbavou a dezorganizovanou, která byla dodána později.

Nejistá vazba může být úzkostná, vzdorovitá (či ambivalentní) (Ainsworth, et al., 1978). Ve Strange Situation proceduře vzdorovité dítě trochu exploruje své okolí, po odchodu primárního pečovatele však vyjadřuje vysoký distres. Ambivalence spočívá v chování po návratu pečovatele – dítě vyžaduje kontakt a interakci, jeho projevy jsou však agresivní a nekonzistentní; chová se, jako by bylo naštvané na matku, která odešla (Ainsworth, et al., 1978). Dítě je nedůvěřivé, jelikož je z předchozího vývoje vztahu zvyklé,

že matka (či jiná pečující osoba) není konzistentně dostupná.

Jinak se projevuje vazba úzkostná, vyhýbavá, kdy dítě v nepřítomnosti pečovatele nevyjadřuje distres, ale výrazné nezávislostní strategie a nízký projev emocí jako důsledky častého odmítání při vyhledávání pomoci u vazbových osob (Main, & Solomon, 1986). Dle Mary Main je vyhýbavé chování ukázkou snahy zachovat si blízkost pečovatele – je blízko natolik, aby bylo v bezpečí a zároveň daleko tak, aby se vyhnulo odmítnutí (Main, & Solomon, 1986).

Na základě diskrepancí u předchozích 3 typů přidala Mary Main poslední typ vazby, který se vyznačuje nestabilitou zvládnutí stresové situace a nekoordinovaností – dítě projevuje strach a obavy, provádí stereotypické pohyby, zamrzává či má protichůdné reakce (Main, & Solomon, 1990). Dezorganizovaná vazba může být spojena s psychickým traumatem a depresivitou u mateřské osoby (Hesse, & Main, 1993).

Jsem si vědoma skutečnosti, že teorie vazby a její klasifikace zasahují do mnoha oblastí života dítěte i matky, a že můj popis ani zdaleka nepokryje tak komplexní problematiku; i přes to ji považuji za jednu z klíčových oblastí, která by se měla v souvislosti s proměnlivostí chování matek a dětí a vzájemných interakcí zkoumat i v takové situaci, jako je předoperační perioda.

4. Determinující faktory u dítěte a faktory ovlivňující mateřskou úzkostnost či senzitivitu v zátěžové situaci (předoperační období)

Zátěžové situace mohou být popisovány v různých souvislostech, mnohé z nich se odehrávají v sociálním kontextu (rodina, škola, nemocnice) (Mareš, 1999). Zvládání zátěžové situace si lze představit jako "stále se měnící kognitivní a behaviorální úsilí jedince zvládnout, popřípadě tolerovat anebo redukovat požadavky, jež zatěžují, či dokonce převyšují jeho psychické zdroje" (Lazarus, & Folkman, 1984).

Vztah 2 osob v zátěžové situaci, kterým se v práci zabývám, je dyáda matka-dítě. V návrhu výzkumu sleduji, jak mateřská úzkostnost a senzitivita působí v průběhu stresující situace, přesněji jakou roli hrají ve vztahu k prožívání a chování dětí. I přes to, že se věnuji dispozicím matky, nelze opomenout dítě samotné, a proto v přítomné kapitole zmiňuji kromě faktorů mateřské osoby i faktory dítěte.

Co se týče specifikace zátěžové situace, ve výzkumu sleduji nemocniční prostředí a zátěž vyplývající z očekávaného chirurgického zákroku dítěte. Operace a anestezie mohou být zdrojem emocionálního stresu u dítěte i rodičů (Güleç, & Özcengiz, 2015). Identifikace dětí, které mají vyšší riziko pro rozvoj předoperační úzkosti, je klíčová v přípravě na zákroky a stejně důležité je vzít v potaz silnou asociaci s úzkostí u rodičů (Güleç, & Özcengiz, 2015). Sleduji dětskou a mateřskou komponentu; u dítěte zmiňuji několik proměnných, které mohou ovlivňovat zvládání zátěže v předoperační periodě, avšak pouze teoreticky a s podkladem empirických studií. U matky se již zaměřuji na faktory regulující míru úzkostnosti a senzitivity, které se mohou projevit v této situaci a které jsou sledovány i v návrhu výzkumu.

4.1. Faktory dítěte a jejich souvislost s předoperační úzkostí

Reakce na zátěž může být u dětské osobnosti modulována citovou vazbou k matce, věkem, pohlavím, temperamentem, počtem sourozenců, nepřítomností otce či intenzitou dispozic přímo souvisejících se zvládáním zátěžových situací, jako jsou odolnost, nezdolnost či vnímaná osobní zdatnost (Mareš, 1999).

Faktory regulující psychický stav dítěte při přípravě na operaci jsou například věk, vyzrálost, předchozí zkušenost s lékařskými procedurami či s nemocemi, zvládání úzkosti a rodičovská úzkostnost (Kain, et al., 1996; Lumley, et al., 1990; Lumley, Melamed, & Abeles, 1993). V subkapitolách zmiňuji vybrané proměnné, které mohou ze strany dítěte komplikovat průběh situace.

4.1.1. Věk dítěte

V průběhu zrání a dospívání se u dítěte zvyšují nezávislost a soběstačnost, což napomáhá adaptaci ve stresové situaci. Mladší děti (1 rok až 5 let) prokazují vyšší emocionální reakce při hospitalizaci před operací než starší děti (Steward, 1973). Ve studii Bevan et al. (1990) se věk dítěte ukázal jako signifikantní proměnná, která souvisela se strachem a znepokojením při hospitalizaci. Mladší pacienti prokázali vyšší strach a znepokojení, avšak u behaviorálních změn se neukázaly významné rozdíly v souvislosti s věkem (Bevan, et al., 1990). Moura, Dias & Pereira (2016) sledovali věkovou skupinu dětí 5 až 12 let a pozorovali, že věková skupina 5 až 6 let má vyšší pravděpodobnost pocíťování úzkosti před operací, bez ohledu na přítomnost matky či míru její úzkosti. Dle studie Cui et al. (2016) předoperační úzkost dětí koreluje s úzkostí rodičů u předškolních dětí, avšak nikoliv u dětí školního věku. Identifikace citlivé věkové skupiny dětí je jedním z kroků k určení rodin, jež mají naplánovaný operační zákrok a mohly by být více ohroženy zvýšenou úzkostí matky. Domnívám se, že ve společnosti matky může vyšší věk dítěte napomoci efektivnímu zvládnutí události – dítě mladšího či středního školního věku je schopné s matkou lépe komunikovat, vyjádřit své obavy a popřípadě ji samotnou uklidnit tím, že dá najevo sebejistotu a statečnost.

4.1.2. Pohlaví dítěte

Dívky mají tendence vypořádávat se se stresory skrze sociální pomoc, rovněž více užívají emočně zaměřené, internalizační strategie (Causey, & Dubow, 1992; Dise-Lewis, 1988; Donaldson, et al., 2000), zároveň je u dívek sledováno vyšší užívání maladaptivních strategií (Donaldson, et al., 2000). U chlapců se více ukazují problémově zaměřené strategie a více se projevuje externalizace chování (Compas, et al., 1993).

Hyperaktivní či agresivní chování jako reakce na stresující zkušenost v nemocnici se může spíše projevit u chlapců (Tiedeman, & Clatworthy, 1990). Dle řeckého výzkumu Charana et al. (2018) byla u dcer vyšší pravděpodobnost, že zvýší úzkost rodičů, než u chlapců ($p = 0,004$), avšak pohlaví dětí samo o sobě neovlivnilo dětskou úzkost ($p = 0,198$); vzorek obsahoval vysoký nepoměr pohlaví dětí, 18 dívek ku 110 chlapcům. Ve studii zjišťující významné prediktory dětské předoperační úzkosti od Wollin et al. (2003) však pohlaví nebylo zaznamenáno jako jeden z nich. Také Moura, Dias & Pereira (2016) sledovali faktory asociované s předoperační úzkostí a pohlaví dítěte nijak významně nehrálo roli.

4.1.3. Socioekonomický status rodiny dítěte

Socioekonomická úroveň rodiny rovněž může souviset s prožíváním zátěžové situace. Například Moura, Dias & Pereira (2016) nezjistili souvislost mezi předoperační úzkostí dítěte a jeho pohlavím či zkušeností s předchozí hospitalizací nebo se zákrokem, nicméně socioekonomický status, který byl určen úrovní vzdělání hlavy rodiny a prostředky vedoucími k zařazení do třídy (třída A reprezentující nejvyšší třídu, třída E nejnižší) byl určen jako relevantní faktor. Socioekonomická třída C byla jako jediná signifikantně asociována s předoperační úzkostí ($p = 0,02$). Počet probandů z této třídy však převažoval v porovnání s ostatními ($n = 125$, pro srovnání bylo ve třídě B 45 dětí a ve třídě D 40 dětí), takže je možné zkreslení výsledků z důvodu nepoměru socioekonomických tříd (Moura, Dias, & Pereira, 2016). Příslušnost k nižší socioekonomické třídě a související nedostupnost kvalitních zdravotnických služeb může vyloučit individualizovanou péči o dítě a rodiče.

4.1.4. Přítomnost rodiče před operací dítěte

Ve stresující situaci je role matky velmi důležitá – dodává dítěti podporu a komfort, což může být ve stresu či nové zkušenosti zásadním činitelem (Hannallah, & Rosales, 1983). Dětské prožívání v souvislosti s operací a s fází podávání anestetik může být sledováno i z pohledu fyzické přítomnosti rodiče jako uklidňujícího činitele. Přítomnost rodiče lze vnímat jako behaviorální intervenci, jiným prostředkem zmírnění úzkosti je farmakologická intervence ve smyslu podání anxiolytik (Hannallah, & Rosales, 1983). Randomizovaná studie Kain et al. (1998) se 3 skupinami – kontrolní, s medikací a s rodičem – ukázala, že pouze děti s medikamentózní intervencí prokázaly významně nižší úzkost ($p = 0.02$). Zhoršení úzkosti bylo po několika měřeních opět nejnižší u skupiny dětí s medikací. Akinci et al. (2008) sledovali mateřskou přítomnost při indukci anestetik u dětí a zda má vliv na chování dítěte a na samotnou úzkost matek. Výsledky naznačily, že přítomnost matky během indukce anestetik neměla vliv na změnu mateřské či dětské úzkosti (Akinci, et al., 2008).

4.2. Faktory ovlivňující mateřskou úzkostnost a senzitivitu

Úzkostné stavy provázející matku při péči o dítě jsou do jisté míry fyziologickou reakcí. Je však důležité rozpoznat, kdy jsou mateřská úzkostnost a senzitivita škodlivé a mimo hranice přirozeného procesu vyrovnávání se se zátěží. Mateřský stres a úzkostnost mohou dítě ovlivnit přenosem stresu na dítě a narušením schopnosti náležitě se dítěti věnovat (Tehrani, Haghighi, & Bazmamoun, 2012). V předoperačním období je rodičovská úzkost důležitá nejen proto, že způsobuje pocity strádání u rodiče, ale také je silně vázána k předoperační úzkosti a postoperační bolesti dítěte (Kain, et al., 2006). Vysoká rodičovská

úzkost je rovněž spojena s vývojem postoperačního maladaptivního chování dítěte (Kain, et al., 2006). V přítomné podkapitole uvádím osobnostní faktory, jež souvisí s proměnlivostí mateřské úzkostnosti a senzitivity v zátěžové situaci, ale také se obracím k dítěti, u kterého se daná proměnná (například věk) může chovat jako jeden z faktorů potencujících úzkostnost matky.

Pohlaví rodiče také figuruje jako významná proměnná při sledování úzkosti. Matky většinou dosahují vyšší úrovně úzkosti než otcové, a to před i po operaci; skutečnost může být vysvětlena vyšší senzitivitou při vnímání rizik u jejich dětí, ale i větším množstvím času, který matky s dětmi stráví v nemocnici (Messerli, et al., 2004). V některých případech se obracím k pojmu rodičovská úzkostnost místo mateřské a ve zmínkách o studiích upřesňuji, zda se zabývaly oběma rodiči či výhradně matkou. Pokud u uváděné studie nespecifikují pohlaví rodiče, nebylo v ní pohlaví rozlišeno a úzkostnost se zkoumala u obou rodičů.

4.2.1. Věk dítěte

Lze předpokládat, že s narůstajícím vývojem dítěte by jej matka měla méně kontrolovat, méně regulovat jeho chování a sama se stávat jistější v opuštění role pomocníka v každodenních situacích. V japonské studii Ueki et al. (2015), která měla za cíl identifikaci faktorů predikujících mateřskou úzkostnost při návštěvě nemocnice s nemocným dítětem, byla zjištěna statisticky významná negativní korelace mezi věkem dítěte a mateřskou úzkostí ($p = 0,013$). Charana et al. (2018) ve studii řecké populace zjistili, že rodiče s dětmi mladšími 5ti let projevily více úzkosti než rodiče dětí starších, avšak věk dítěte sám o sobě neovlivňoval jejich vlastní úzkost. Jiné studie naopak nenalezly signifikantní vztah mezi věkem dítěte a rodičovskou úzkostí (Tiedeman, 1997; Berenbaum, & Hatcher, 1992).

Senzitivita, kterou matka projevuje skrze určité vzorce chování vůči dítěti, může být vnímána jako funkce dětského věku a interakce s ním (Tamis-LeMonda, 1996). Senzitivní interakce se v prvních měsících života dítěte až dramaticky liší od následujících vývojových období (Tamis-LeMonda, 1996). Kvůli vysoké mateřské senzitivě vůči potřebám kojence i batolete může matka vyjadřovat vyšší úzkostnost než matka, jejíž dítě dosáhlo předškolního věku a proběhla u něj úspěšná separace.

4.2.2. Rodinný stav matky

Pokud se matka odjakživa stará o dítě sama, může pociťovat více stresu, neuspořádanosti a menší sociální podporu, což může mít vliv na její senzitivitu vůči potřebám dítěte. Studie malého vzorku matek – 14 svobodných a 14 vdaných – sledovala sociální interakce matek či způsoby zvládání stresu, přičemž dotazníky měřily i mateřskou

kontrolu, péči a komunikaci (Weinraub, & Wolf, 1983). Kvalita interakce matky s dítětem, zahrnující prvky senzitivity jako komunikace, péče a plnění požadavků dítěte, nebyla v žádné z oblastí významně odlišná u svobodných matek oproti vdaným (Weinraub, & Wolf, 1983). Míra úzkostnosti v přítomné studii zkoumána nebyla a sledování rodin bez otců z hlediska nižší senzitivity či horší komunikace neprojevilo významná zjištění. Upozorňuji však na malý vzorek probandů a fakt, že výsledky popisovaly matky svobodné již od narození dítěte a nesledovaly důsledky separace od otce z důvodu opuštění rodiny či z jiných příčin.

Rodiče, kteří jsou rozvedeni, či mají nízkou úroveň vzdělání, dle některých autorů pocítují významně vyšší úzkost před operací jejich dětí (Kain, et al., 1996; Kain, Mayes, & Caramico, 1996). Jiná studie však neprokázala jako signifikantní rodinný stav matky ani délku jejího manželství (Tehrani, Haghighi, & Bazmamoun, 2012).

4.2.3. Věk matky

Věk matky může být významným faktorem míry úzkosti a jiných psychických změn. Charana et al. (2018) zjistili pozitivní korelaci mezi věkem rodiče (bez ohledu na pohlaví) a jejich mírou úzkosti ($p = 0,015$), dle pohlaví pak matky měly úzkost vyšší než otcové ($p = 0,019$). U adolescentních matek byla zjištěna nižší senzitivita související s nižší responsivitou vůči signálům dítěte, která by mohla částečně pramenit z časných selháních při jejich interpretaci (Demers, et al., 2010). Nižší věk matky se odráží v životních zkušenostech, vzdělání, finanční, partnerské či sociální stabilitě a v psychologické připravenosti na roli matky (Demers, et al., 2010).

Na jedné straně se nižší věk jeví pozitivní, matka může být více ztotožněna s potřebami dítěte. Stejně tak se však může projevit nezralostí, neznalostí a menší schopností odhadnout, co její dítě v dané chvíli vyžaduje.

4.2.4. Počet dětí

Více potomků může pro matku znamenat umocnění pocitů úzkosti a stresu, na druhou stranu si lze představit, že s narůstajícím počtem potomků se matka stává jistější a flexibilnější v zátěžových situacích. Dítě má možnost sledovat, jak sourozenec zvládá podobné události, vztahovat se k němu a pěstovat rezistenci, také samo může působit jako vzor pro mladšího sourozence a vnímat se jako silnější osobnost a zdroj motivace. Vřelost ze strany sourozence má tendence snižovat asociaci mezi životními událostmi a maladaptací (Compas, et al., 2001). Dle Charana et al. (2018) se při zkoumání rodin v řecké populaci počet sourozenců ani pořadí narození neprokázaly jako významné prediktory rodičovské

předoperační úzkosti, avšak z pohledu dětí měli jedináčci významně vyšší projevy předoperační úzkosti než děti se sourozenci ($p = 0,096$). Jiné studie tuto souvislost nenalezly (Shirley, et al., 1998; Thompson, et al., 1996).

Vzhledem k asociaci senzitivity a vzniku jisté vazby (Ainsworth, et al., 1978) by matka s vysokou senzitivitou měla utvořit jistou vazbu se všemi svými dětmi. Senzitivita vůči jednomu z potomků však nemusí nutně znamenat, že se ve stejné míře projeví i u dalších. Lze očekávat, že mateřské chování není ekvivalentní napříč všemi dětmi, a to souvisí i například s tím, zda je dítě první, druhé či další následující (Barnes, 2012). Senzitivita se projevuje specifickým vztahem mezi daným dítětem a matkou a je otázkou dalšího výzkumu, zda a do jaké míry počet potomků reguluje mateřskou senzitivitu tak, že by na zátěžovou situaci matka reagovala odlišně. Více potomků může u matky znamenat menší reaktivitu vůči zátěžovým situacím a méně starostí s narůstajícími zkušenostmi a jistotou ve své roli. Sourozenci mohou být pro dítě protektivním faktorem, dítě je vnímá jako zdroj opory a motivace, zvláště pokud jsou sami mladší. I přesto je vhodné brát v potaz věkové rozestupy mezi dětmi a blízkost členů rodiny jako celku.

5. Návrh výzkumného projektu

5.1. Výzkumný problém, cíle výzkumu a výzkumné otázky

Výzkumný problém se zabývá explorací vztahů mezi mateřskou úzkostností, senzitivitou a psychickým zvládáním zátěžové situace u jejich dětí. Jako zátěžovou situaci jsem zvolila operační zákrok dítěte, přesněji předoperační periodu. Psychické zvládání zátěžové situace sleduji zjištěním míry předoperační úzkosti. Hospitalizace může být významným zdrojem stresu pro dítě i jeho rodiče (Bevan, et al., 1990; Watson, & Visram, 2003) a výzkumný problém se zaměřuje na to, jak mohou vybrané dispozice figurovat v dané situaci, přesněji zda mohou úzkostnost a senzitivita matky korelovat s tím, jak dítě prožívá předoperační periodu. V navrhovaném výzkumu hrají hlavní roli matky, ale dítě je rovněž zkoumáno skrze specifické metody – jedna dotazníková a jedna observační metoda, které jsou blíže popsány v podkapitole 5.2 o metodách získávání dat.

První explorovanou dispozicí je mateřská úzkostnost – odlišuji situační úzkost, která je do jisté míry fyziologickou odezvou na událost, od klinicky významné a dlouhodobé úzkosti, která se pravděpodobně projevuje i v jiných oblastech života. Ve vztahu k prožívání dítěte je nutné mít na vědomí, že většina matek se o své potomky strachuje běžně, ale někdy mohou pocity strachu a úzkosti dosáhnout míry, která sníží schopnost komunikovat s dítětem, utěšovat ho a dodávat mu pocit bezpečí. Druhou sledovanou dispozicí je mateřská senzitivita, kterou v kontextu návrhu výzkumu vnímám jako protektivní faktor. Ačkoliv se v teoretické části zabývám původním významem mateřské senzitivity v souvislosti s mateřskou vazbou, nenalezla jsem způsob, jakým ji v tomto smyslu měřit u vybrané věkové skupiny dětí. Pro své účely jsem zvolila dotazník, kde je senzitivita definována jako rodičovská kompetence a jsem si vědoma omezení, které zmiňuji v diskuzi. Kromě výzkumného problému jsou sledovány i demografické a osobnostně-psychologické údaje o matkách, jež považuji za významné faktory a jsou zmíněny v kapitole 4.

Výzkumné otázky jsou následující: Existuje vztah mezi mateřskou úzkostností, senzitivitou a prožíváním předoperační úzkosti u jejich dětí v předoperační periodě? Existuje vztah mezi úzkostností a vnímanou rodičovskou kompetencí matky (ve smyslu senzitivity) a pokud ano, nakolik je signifikantní a jak funguje? Jakým způsobem se projeví zvýšená úzkostnost matky na způsobu, kterým dítě prožívá předoperační periodu? Existují signifikantní asociace mezi úzkostností a vybranými demografickými a osobnostními údaji matek?

Jako výzkumný cíl uvádím preventivní zásah do předoperační přípravy dětských

pacientů s matkami. Výsledky výzkumu by mohly sloužit k identifikaci rizikových skupin matek doprovázejících potomky do nemocnic. Pokud by byly nalezeny významné mateřské rizikové faktory, kladla bych důraz na nalezení možností pro lepší zvládání události, aby matky mohly věnovat pozornost svým dětem. Obracím se zejména k mateřské úzkostnosti, která byla sledována v mnoha studiích v souvislosti s předoperační úzkostí dětí (Charana, et al., 2018; Davidson, et al., 2006; Fortier, et al., 2010) a navrhuji výzkum, který by přispěl k většímu porozumění jevu a tomu, zda a jak zasahuje do průběhu předoperační periody.

V diskuzi se zaměřuji na limitace návrhu výzkumu. Diskutuji vybrané metody měření, jejich nedostatky a možnosti, které by mohly zlepšit přesnost výsledků. Také hovořím o limitacích výzkumného vzorku a nevýhodách, které mohla přinést vybraná zátěžová situace. Závěrem odkazuji na možnosti uplatnění výsledků výzkumu a na směry, kterými by se mohly příští výzkumy vydat.

5.2. Metody získávání dat

Vybrané výzkumné metody jsou specifické pro matku i dítě. Matky budou vyplňovat 3 dotazníky, dítě bude hodnoceno pomocí observační metody a též mu bude zadán dotazník.

GAD-7

GAD-7 je sedmipoložková škála, díky které lze získat údaje o závažnosti úzkostných příznaků; jedná se o screeningový dotazník (Spitzer, et al., 2006). Základní otázka zní: "*Jak často Vás během posledních dvou týdnů trápily následující potíže?*" a respondent odpovídá na tvrzení a hodnotí je dle likertovské škály se 4 hodnotami (vůbec ne, několik dnů, více než polovinu dnů, téměř každý den). U skóre 5-9 bodů je již indikována mírná míra úzkostnosti, od 15 bodů a výše vysoká (Spitzer, et al., 2006). Škála má z hlediska metodologie dobrou reliabilitu (Cronbachovo alfa = 0.92; test-retest reliabilita = 0.83), senzitivitu (0.89) i specifitu (0.82) (Spitzer, et al., 2006). Doba k vyplnění není delší než 5 minut, což přináší výhody v jejím využití. Přesně formulované položky jsou zobrazeny v tabulce 1. Důvodem volby škály je zmapování déletrvající úzkosti u matek, přičemž vysoká skóre mohou být jedním z indikátorů generalizované úzkostné poruchy. Lze předpokládat, že by matka s vysokým skóre mohla pociťovat úzkostnost i v dalších životních oblastech, mimo kontext mateřské role. Škála je standardizována, přeložena do českého jazyka.

Jak často Vás během posledních dvou týdnů trápily následující potíže?	Vůbec ne	Několik dnů	Více než polovinu dnů	Téměř každý den
1. Nervozita, úzkost nebo pocit, že jsem na hraně				
2. Nemožnost přestat se obávat nebo dostat obavy pod kontrolu				
3. Přílišné obavy kvůli různým věcem				
4. Potíže se uvolnit				
5. Takový neklid, že těžko dokážu klidně sedět				
6. Snadno se rozzlobím nebo jsem podrážděný/á				
7. Strach, jako kdyby se mělo stát něco hrozného				

Tabulka 1 – GAD-7, česká verze (Spitzer, et al., 2006).

STAI

Jiným dotazníkem měřícím mateřskou úzkostnost je subškála ze State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger, 1989). Dotazník byl využit ve více studiích s podobnou tematikou (Sahin, et al., 2016; Cagiran, et al., 2014; Ayenew, et al., 2020), a proto jsem se rozhodla, že jej použiji v návrhu výzkumu. Self-report dotazník obsahuje 40 položek ve 2 samostatných subškálách (každá má 20 položek) – situační úzkost (S-Anxiety) a rysové-osobnostní úzkost (T-Anxiety). Škály mají 4bodové likertovské hodnocení. Psychometrické hodnocení ukazuje dobré hodnoty (interní konzistence 0.86-0.95; test-retest reliabilita 0.65-0.89; senzitivita 0.82; specifická 0.88) (Court, et al., 2010). Vyplnění dotazníku zabere 4-8 minut na 1 škálu. Rozlišení situační úzkosti od úzkostnosti jakožto osobnostního rysu matky je důležité, jelikož hospitalizace dítěte vyvolá úzkostné pocity u každé matky, bez ohledu na to, jakou má bazální míru úzkostnosti. Dotazník doposud nebyl přeložen do českého jazyka. Vzhledem k tomu, že se jedná o návrh výzkumu, a navíc dle mého úsudku splňuje požadavky měření mateřské úzkostnosti, zahrnuji jej do metodologie.

PSOC

Posledním dotazníkem pro matky je Parenting Sense of Competence Scale (PSOC) (Gibaud-Wallston, & Wandersman, 1978), který měří úroveň vnímané rodičovské kompetence. Původní verze obsahuje 17 položek ve 2 subškálách Skill/Knowledge (8 položek; sleduje míru, do jaké rodiče vnímají, že mají nutné schopnosti pro to být dobrým

rodičem) a Valuing/Comfort (9 položek; sleduje, do jaké míry jedinec hodnotí rodičovství a jak moc se cítí být komfortní v této roli). Škála může posloužit jako orientace v tom, nakolik kompetentní se matka cítí a nakolik adekvátně zvládá reagovat na potřeby dítěte. PSOC by rovněž bylo nutné přeložit do českého jazyka, ideálně specifikovat pro matky, čehož již bylo dosaženo v diplomové práci (Pražáková, 2018). Původní znění dotazníku PSOC uvádím v příloze 1.

Obličejový dotazník

Obličejový dotazník sestává z 5 nakreslených obličejů s výrazy označujícími náladu (pozitivní, spíše pozitivní, neutrální, spíše negativní, negativní). Dítě bude instruováno, aby ukázalo na výraz, který nejlépe odpovídá jeho současné náladě. Obličeje budou dětem zadány třikrát – v den nástupu do nemocnice, v den operace a 2. den po operaci. Hodnocení obrázků proběhne označením obrázků pomocí likertovské škály 1 až 5; vyšší skóre indikuje negativnější pocity (zamračený výraz obličeje). Všechny 3 získané hodnoty budou zprůměrovány a tím získám finální hodnotu. Obličeje, které budou ve výzkumu využity, se nacházejí v příloze 2.

mYPAS

Jako klíčovou metodou pro zhodnocení psychického stavu dítěte před operací jsem zvolila škálu mYPAS (modified Yale Preoperative Anxiety Scale), která byla vytvořena v roce 1995 (Kain, et al., 1995) a modifikována v roce 1997 (Kain, et al., 1997) pro měření dětské předoperační úzkosti. Jedná se o observační metodu, která zahrnuje 5 škál reprezentujících domény, ve kterých se úzkost projevuje. Pozorování probíhá ve 4 fázích předoperační periody (Jenkins, et al., 2014). Hlavní pozorované domény jsou:

- aktivita;
- vokalizace;
- emoční expresivita;
- stav zřejmého vzrušení;
- využití rodiče.

Domény jsou jako škály hodnoceny na likertovské škále od 1 do 4 nebo od 1 do 6, přičemž vyšší číslo značí větší závažnost v dané doméně (Jenkins, et al., 2014). Každé pozorovací

fázi je přiřazeno skóre. Skóre vzniká hodnocením jednotlivých škál (domén), které jsou děleny svou maximální možnou hodnotou (4 nebo 6), poté jsou hodnocení sečtena, vydělena počtem škál a vynásobena 100. Rozpětí skóre je udáváno mezi 23.33 a 100 – čím vyšší hodnota, tím vyšší úzkost (Jenkins, et al., 2014). Administrace mYPAS zahrnuje předoperační čekání, cestu na operační sál, vstup na operační sál a úvod do anestezie. Ve svém návrhu výzkumu administruji mYPAS v prvních třech fázích:

- předoperační čekání;
- cesta na operační sál;
- vstup do operačního sálu.

První fáze zahrnuje natáčení po dobu 15-20 minut, po vizitě lékaře a před podáním premedikace, na lůžkovém pokoji pacienta. Další fáze natáčení – cesta na sál – je započata podáním premedikace a pokračuje natáčením při cestě na operační sál; poslední fáze navazuje na předchozí, natáčení končí vstupem dítěte na operační sál. Natáčení se zaměřuje na obličej dítěte, jeho obličejové výrazy a verbální a neverbální komunikaci s matkou. V některých záběrech se může objevit matka, ostatní přítomné osoby budou eliminovány. Natočené záběry budou vyhodnoceny co nejdříve po pořízení a poté zlikvidovány. Pokud bude výzkum probíhat u více pacientů najednou, natáčení jednoho pacienta by mohlo kolidovat s druhým. Pozorovací fáze budu volit tak, aby se jednotliví pacienti nekřížili. Metoda mYPAS je pozorovací a je limitována možností subjektivního hodnocení a ovlivněním chování přítomností výzkumníka. V příloze 3 je manuál se škálami v originálním znění.

5.3. Design výzkumného projektu

Návrh výzkumného projektu je inspirován studií Wray et al. (2011), mezi jejíž cíle patřilo mimo jiné i sledování úzkosti a stresu u rodičů hospitalizovaných dětí (Wray, et al., 2011). Design výzkumného projektu je kvantitativní a explorativní, jelikož si myslím, že by bylo vhodné prozkoumat, zda existují významné vztahy mezi proměnnými, a poté se v dalších výzkumech již zaměřit na konkrétní fenomény.

Náplní výzkumného projektu je oslovování matek s dětmi na dětském chirurgickém oddělení a sběr dat. Oslovovaným pracovištěm pro výzkum bude Fakultní nemocnice v Motole. Samotný výzkum bude probíhat na lůžkovém oddělení dětské chirurgie, k čemuž bude nutné sepsat smluvní dokument s vybranou nemocnicí a srozumět personál s průběhem výzkumu a možnostmi narušení režimu. Ukončení sběru dat se bude orientovat počtem

probandů a od počátku sběru dat počítám s časovým rozmezím 3 měsíce. Na zvoleném oddělení bude výzkum probíhat do té doby, než získám dostatečný počet probandů – alespoň 30 dyád matek s dětmi. Vzhledem k proměnlivosti operačních plánů může sběr dat probíhat ve vlnách, proto ve smlouvě ponechám otevřené datum ukončení výzkumu. V době příjmu dětských pacientů oslovím čekající matky s dětmi tak, že se jim představím a zeptám se, zda by měly zájem o účast na anonymním výzkumu, který sleduje psychické zvládání předoperační periody u matek a jejich dětí. Řekla bych jim, že výzkum zahrnuje vyplnění několika dotazníků a natáčení obličeje dítěte během čekání na operaci.

Natáčení dětí by mohlo působit jako odrazující činitel, nicméně v souhlasu bude uvedeno, že veškeré záběry poslouží studijním a vědeckým účelům, že nebudou nikde zveřejňovány a hned po vyhodnocení likvidovány. Matkám bude zdůrazněno, že veškerá data budou anonymizována a že natočené záběry budou uchovány jen po dobu nutnou k vyhodnocení. I po souhlasu s účastí na výzkumu budou mít matky plné právo odstoupit v jakékoliv fázi výzkumu a bez udání důvodu. Při podepsání souhlasu účasti na výzkumu matky rovněž souhlasí s tím, že se jejich děti zúčastní výzkumu a že budou natáčeny. Matkám jsou prezentovány 2 dokumenty k přečtení a podpisu – souhlas s účastí na výzkumu a souhlas s natáčením a využitím záběrů ke zmíněným účelům.

Jednotlivé fáze sběru dat u matek

U matek bude klíčovým dnem příjem do nemocnice, kdy vyplní několik dotazníků. První vyplní nestandardizovaný informativní dotazník osobních údajů – věk, zaměstnání, rodinný stav, věk dítěte, které čeká operace a celkový počet dětí; v závěru dotazníku je dobrovolná otázka, kde matky mohou odpovědět, zda mají či měly v minulosti diagnostikovanou psychickou poruchu – bude udán výčet vybraných psychopatologií, kterým se věnuji v teoretické části práce. Otázky budou nastaveny tak, že matky zaškrtnou jednu či více možností, ale zároveň budou mít prostor na to, aby napsaly jinou poruchu či problém, které nebyly uvedeny. Další tři standardizované dotazníky GAD-7 (Spitzer, et al., 2006), STAI (Spielberger, 1989) a PSOC (Gibaud-Wallston, & Wandersman, 1978) matky rovněž vyplní v den nástupu do nemocnice. Ve vybrané fázi sběru dat budu měřit aktuální rozpoložení a míru úzkostnosti a interpretovat, v jakém stavu se nacházejí.

Jednotlivé fáze sběru dat u dětí

Rozhodla jsem se pro 3 hlavní fáze měření u dětí. Děti budou hodnoceny v den nástupu do nemocnice, v den operace a druhý den po operaci. Tímto způsobem bude možné sledovat, jak výsledky z obličejového dotazníku a pozorování variují. První měření proběhne v den nástupu do nemocnice, kdy dětem budou zadány obličejové dotazníky. Hlavní měření v den operace zahrnuje kromě obličejového dotazníku observační metodu mYPAS, která je specifikována pro měření dětské předoperační úzkosti; dítě bude pozorováno ve 3 situacích – předoperační čekání, cesta na operační sál a vstup do operačního sálu. Více o průběhu observace zmiňuji v podkapitole 5.2. Jsem si vědoma úskalí, která s sebou metoda přináší, každopádně jsem ji zvolila, jelikož je specifická pro vybranou situaci a její výsledky lze snadno kvantifikovat. Poslední fáze měření dítěte proběhne den po operačním zákroku, kdy mu opět bude předložen obličejový dotazník.

Všechna data budou kódována tak, aby bylo možné správně spojit dotazníky matek a dětí; vyhodnocené videozáznamy budou průběžně likvidovány, aby nemohly být zneužity. Vyhodnocování dat proběhne mimo nemocniční oddělení. Očekávám, že sběr dat u jedné dyády zabere nejvíce času v den operace, a to především při natáčení. Bude nutné pečlivě konzultovat harmonogram operací s personálem oddělení. Pokud by se stalo, že by bylo nutné natáčet 2 či více dětí současně, postupně bych děti natáčela dle svého uvážení a videozáznamy pečlivě označila kódem pro identifikaci dítěte. Celkový průběh operačního plánu bude záviset na konkrétním dnu a na tom, jak proběhly operace předešlé (je možné, že zdlouhavé čekání na operaci bude silně působit na rozpoložení matky i dítěte).

5.4. Typ výzkumu

Z výzkumných otázek je zjevné, že se jedná o návrh kvantitativního a explorativního výzkumu. Veškerá data budou analyzována ve statistickém programu Jasp. Zvolila jsem Spearmanův korelační koeficient, pomocí kterého změřím asociace mezi měřenými dispozicemi i demografickými údaji.

Jelikož výzkum sleduje vztah úzkostnosti a senzitivity matky a prožívání dítěte, byly pro děti zvoleny metoda dotazníku a observační metoda pro měření předoperační úzkosti. Následně budou statisticky vyhodnoceny zjištěné hodnoty míry úzkosti dětí a porovnány s úzkostností a senzitivitou matek, přičemž bude kladen důraz na prozkoumání všech možných asociací mezi jednotlivými komponentami.

5.5. Výzkumný soubor

Výběr probandů bude probíhat simultánně se sběrem dat, metodou nenáhodného a kritériálního výběru, který bude místní i časový – k oslovení matek s dětmi budu trávit čas na místě, kde je s jistotou mohu kontaktovat (čekárna před oddělením, v době příjmu pacientů). Při výběru se budu řídit 3 hlavními kritérii: užívání českého jazyka jako mateřského, dané věkové rozmezí dítěte a potvrzení matky, že jej bude doprovázet v den operačního zákroku bez doprovodu druhého rodiče či jiné osoby. Operační zákrok není specifikován, do souboru budou vybráni pacienti, kteří přišli na operační zákrok, ne pouze vyšetřovací.

První kritérium zajišťuje, že matka i dítě mají český jazyk jako mateřský. Proto je důležité použít standardizované, do českého jazyka přeložené metody; některé metody se mi nepodařilo sehnat v požadované formě, ale vzhledem k tomu, že se jedná o návrh výzkumného projektu, rozhodla jsem se je i přes to zařadit.

Druhé kritérium, které matka musí splňovat, je výhradní fyzická přítomnost během hospitalizace dítěte. Snažím se tak vyhnout intervenujícím proměnným působícím při sběru dat – přítomnost další osoby by mohla působit na prožívání obou členů. Pro deskriptivní část výzkumu budou sbírány údaje o věku, rodinném stavu, počtu dětí a předchozích či probíhajících diagnostikovaných psychických poruchách.

Třetí kritérium se týká věku dětí. V návrhu definuji věkovou skupinu 5-8 let, což považuji za období, kdy by dítě mělo být schopno pochopit, co by jeho účast na výzkumu obnášela a případně se vyjádřit, zda se svou účastí souhlasí. Finální věkové rozmezí závisí i na tom, jak jej stanoví nemocnice (jaké má podmínky k příjmu na dětské lůžkové oddělení). Rovněž nelze předem určit, jaké bude věkové rozložení přijímaných pacientů během výzkumu. Vzhledem ke kvantitativní povaze výzkumu bych se pokusila domluvit s oddělením a definovala takové věkové rozmezí, ve kterém by byla pravděpodobnost největšího množství dat.

Definovaný minimální počet probandů je 60, tedy 30 dyád matka-dítě. Sbíraná data mohou být u některých dyád neúplná a matky mají možnost z výzkumu kdykoliv odstoupit, čímž by bylo znemožněno zahrnutí do finálního výběru. Finální počet dyád se bude odvíjet i od počtu přijímaných pacientů a operačního programu.

Populace, které se zkoumaná problematika týká, zahrnuje matky s potomky absolvujícími operační zákrok. Hlavní kritéria výběru jsou: mateřský český jazyk, věk dítěte 5-8 let a výhradní přítomnost matky během celé periody.

5.6. Metody zpracování a analýzy dat

Ke zpracování a analýze dat bude využit statistický program Jasp. Jelikož se jedná o návrh explorativní a korelační studie, analýza bude zahrnovat prozkoumání korelací mezi zkoumanými jevy a odpověďmi na výzkumné otázky (podkapitola 5.1).

Ke zjištění vztahu mezi mateřskou úzkostností a prožíváním předoperační úzkosti u jejich dětí zpracuji data z dotazníků STAI u matek a mYPAS u dětí – k tomu využiji Spearmanův korelační koeficient. U explorační vztahu mateřské senzitivity (vnímané rodičovské kompetence) a předoperační úzkosti u dětí využiji stejnou metodu zpracování, tentokrát s daty z PSOC u matek a mYPAS u dětí. Co se týče otázky zjišťující asociace mezi úzkostností a rodičovskou kompetencí, Spearmanův korelační koeficient využiji i mezi oběma dotazníky STAI a PSOC; podobně zpracuji data z GAD-7 a prozkoumám korelace se STAI. Data ze STAI jsou ukazatelem mateřské úzkostnosti a využiji je ke sledování korelací s obličejovým dotazníkem a mYPAS u dětí. Rovněž použiji Spearmanův korelační koeficient pro zjištění, zda mají na mateřskou úzkostnost (zjištěnou se STAI) statisticky významný vliv uvedené demografické údaje matek, včetně věku hospitalizovaného dítěte.

Co se týče skóre z obličejových dotazníků, které byly dětem zadány 3 dny po sobě, bylo by možné využít formu párového t-testu v čase k porovnání hodnot – například jak děti hodnotily situaci před operací a den po ní či při příjmu do nemocnice a před operací.

V deskriptivní části uvedu shrnutí o věku, vzdělání, rodinném stavu matek, celkovém počtu dětí a výskytu psychických poruch; využiji míry rozptýlenosti i míry středu, které získám zadáním kódovaných dat do programu Jasp. Informace o přítomných či v minulosti diagnostikovaných psychických poruchách u matek budou zpracovány individuálně.

5.7. Etika výzkumu

První etická otázka se týká předpokladu anonymity matek a dětí. I přes to, že bych matkám zdůraznila, že nebudou osobně hodnoceny a informace budou kódovány, mohly by vidět problém ve skutečnosti, že se s nimi v danou chvíli vidím osobně. Některé ženy by se mohly obávat, že si jejich osobní informace zapamatují a spojí s odpověďmi v dotaznících. Součástí výzkumu bude natáčení obličeje dítěte (matky) na videokameru a musela bych zpracovat dokument s informacemi o využití a ošetření záběrů; po podepsání souhlasu matkou by bylo možné natočit obličej dítěte. Úschova záběrů by byla omezena na co nejkratší dobu, s omezeným přístupem oprávněných osob. Je nutné počítat s tím, že tato metoda může narušovat nemocniční pravidla o zachování anonymity pacientů, tudíž bych volbu konzultovala i s personálem nemocnice a osobami pověřenými k povolení výzkumu.

Ze strany dětí by mohl být problém s pocity studu, se strachem z cizích lidí a s nepochopením události. Předpokládám, že matky umí posoudit, zda je výzkum pro jejich potomky vhodný, ale i tak lze očekávat neshody. Zvolila jsem věkové rozhraní, ve kterém by děti měly být schopné říci, zda s účastí na výzkumu souhlasí či nikoliv. Situace, ve které bude výzkum prováděn, je sama o sobě stresující a pro mnoho dětí první zkušeností s hospitalizací, a proto je vhodné zamyslet se nad zvýšenou mírou stresu, kterou by přítomnost výzkumníka mohla vyvolat.

Realizace výzkumu v nemocnici přináší organizační otázky, například ze strany zaměstnanců oddělení. Jelikož budu jako výzkumník trávit čas v čekárně i na lůžkách, bude pravděpodobně narušen chod oddělení i péče o ostatní pacienty. Například bude nutné dávat pozor, aby při natáčení nebyly zaznamenány obličeje žádných osob, které nepodepsaly souhlas, což se týká dalších pacientů, jejich doprovodu i zaměstnanců. Lékaři či zdravotní sestry by mohli být limitováni ve své práci. V rámci zachování je etiky důležité, aby všichni byli seznámeni s povahou výzkumu, jeho průběhem a situacemi, do kterých by zasahoval.

Diskuse

Důležitým bodem výzkumu je výběr probandů, založený na osobním kontaktu. V případě dobrovolného a anonymizovaného výběru pomocí internetových dotazníků si lidé sami určují, zda se chtějí o výzkumu dozvědět více a případně se zúčastnit. Zde by mohlo osobní dotazování odradit matky, které by měly pocit, že jim konfrontace s výzkumníkem nevyhovuje. Zkreslení při výběru matek s dětmi může nastat i z mé strany – mohl by se objevit trend v tom, které matky na mě působí více otevřeně a spolupráceschopně a které bych spíše oslovila; podobně bych mohla vnímat i děti. V souboru se mohou projevit vlastnosti či znaky, které předem dávají větší šanci, že matka souhlasí s účastí (pracuje v oblasti výzkumu, ve zdravotnictví).

Další bod se týká otázky na minulé či přítomné diagnostikované psychické poruchy. Matky mohou odpovědět různými způsoby: v ideálním případě se budou cítit bezpečně a odpoví pravdivě. Je však možné, že otázku špatně pochopí a odpoví nepravdivě (odpověď nesplní diagnostické kritérium poruchy, ale matka ji i přesto uvede). Další možností je, že některé matky skutečně trpí jmenovanou psychickou poruchou, ale z mnoha příčin ji nezmíní. Také některé matky mohou odpovědět nepravdivě se záměrem.

Jako významnou limitaci výzkumu vnímám, že jsem nespecifikovala operační zákrok. Také není určená délka pobytu v nemocnici či míra zkušenosti s nemocničním prostředím, včetně opakovaných zákroků. V navazujících výzkumech by bylo vhodné zaměřit se na opomenuté faktory. Sledování vztahu mezi mateřskou úzkostí a senzitivitou a zvládání situace u dětí v případě opakovaných operačních zákroků by mohlo přinést cenné poznatky o tom, jak se o takové rodiny lépe starat. Jinou limitací je nepředvídatelný operační plán – v období výzkumu mohou být naplánovány podobné, či naopak odlišné zákroky, lišící se v míře psychické a fyzické zátěže na dítě i matku.

Protrahované čekání na operační zákrok by mohlo ovlivnit, jak se matky i děti cítí. Při výrazné změně délky předoperační doby by projevy iritovanosti, únavy, podrážděnosti, úzkosti a nervozity u matek i dětí mohly být zvýrazněny právě z tohoto důvodu. Také pobyt na lůžkovém pokoji může zkreslit výsledky – pokud matky spí na pokoji s dítětem po celou dobu, tráví s ním většinu času a vzájemné interakce by mohly ovlivnit, jak situaci prožívají či hodnotí.

Limitací v metodologii zmiňuji několik – v první řadě vnímám jako nedostatek, že některé metody nejsou dostupné ve standardizované české verzi, tudíž bych je v případě realizace výzkumu v českém prostředí nemohla využít bez překladu a musela bych najít alternativy. Jelikož zde popisuji návrh výzkumu, rozhodla jsem se pro výběr metod, které podle mě vhodně pokrývají tematiku a sledované dispozice. Pozorovací metoda mYPAS (Kain, et al., 1997) pro měření dětské předoperační úzkosti má své výhody (validita, jasné vymezené kroky při vyhodnocování), ale i tak mohou při administraci nastat problémy, které by mohly ovlivnit probandy a jejich jednání. Jelikož je výzkumník v bezprostřední blízkosti natáčených osob, přítomnost cizí osoby a videokamery může přimět dítě k tomu, aby se buď předvádělo a "hrálo si na statečné", či se naopak stydělo a zakrývalo svou tvář; podobně i matka může na dítě reagovat ve zvýšené či snížené míře. Natáčení může negativně působit na ostatní pacienty, rodinné příslušníky i na zdravotnický personál. Pokud budou všichni přítomní adekvátně upozorněni na krátkodobé natáčení a bude jim odůvodněno, myslím si, že metodu lze náležitě využít.

Druhou metodou užitou u dětí je obličejový dotazník, který pokládám za vhodný pro vybranou věkovou skupinu 5-8 let, ale nedostatečný k měření, jak dítě předoperační periodu prožívá – proto byl dotazník doplněn mYPAS. U dotazníků pro matky je rizikem sociální desirabilita, případně přecenění či podcenění svých odpovědí. PSOC měřící vnímanou rodičovskou kompetenci nesleduje přímo míru senzitivity, která je jedním z témat výzkumu.

V podkapitole 1.3.1 uvádím mateřskou kompetenci v souvislost se senzitivitou a do návrhu výzkumu jsem ji zahrnula, protože vzhledem ke zvolené situaci i věku dětí nelze měřit senzitivitu přímo. Otázkou volby PSOC je validita – do jaké míry bych jím skutečně měřila senzitivitu či její aspekty? Navíc bych dotazník zadávala jen matkám, ale v teoretickém úvodu jasně vymezuji, že senzitivitu je nutné sledovat i z pohledu dítěte. Měření úzkostnosti jsem dle svého úsudku pokryla zvolenými dotazníky GAD-7 a STAI, ale i tak je nejednoznačné, kde se vyskytuje hranice mezi normální a klinicky významnou úzkostí. Během výzkumu by se mohly projevit i matčiny zkušenosti s nemocnicí.

Výsledky studie mají uplatnění v oblasti prevence a vzdělání zdravotníků i rodičů. Po zmapování míry, do které jsou matky úzkostné před operačními zákroky jejich dětí i toho, jak děti situaci prožívají, bych ráda výsledky prezentovala společně s návrhy, jak lze do předoperační periody pozitivně zasáhnout. Případně bych apelovala na zdravotnický personál, aby se zaměřil na rozšíření možností péče o pacienty a doprovod.

Specifikace operačního zákroku či výzkum matek se staršími či mladšími dětmi jsou některé z cest, kterými by se příští výzkum mohl vydat. Navrhla bych též studie zaměřené na vztah mezi mateřskou úzkostlivostí a jinými fenomény jako jsou deprese, poruchy osobnosti a jiné – zde by bylo vhodné cílené vyhledání matek, které mají zmíněné znaky či poruchy. Jelikož se i v teoretické části práce soustředím na mateřskou komponentu, další možností výzkumu je zaměření se na dítě a jeho přípravu na operační zákrok.

Výsledky lze částečně konzultovat s jinými studiemi s obdobnou tematikou. Zjištěnou klinicky signifikantní míru mateřské úzkosti bych mohla porovnat se studií Thompson et al. (1996), kde téměř polovina vzorku dosáhla hranice duševní poruchy – zde však byli zkoumáni oba rodiče a pohlaví nehrálo určující roli (tím se nabízí další rozšíření výzkumu, a to zahrnutí otců do vzorku). Při měření předoperační úzkosti observační metodou bych mohla výsledky konzultovat se zjištěními Moura, Dias & Pereira (2016) či Cui et al. (2016). V druhé jmenované studii byl předškolní věk shledán jako signifikantní proměnná ve vztahu k rodičovské úzkosti – mé rozhraní 5-8 let spadá do této kategorie částečně, ale srovnání různých věkových období by mohlo přinést užitečné poznatky.

Obecně nelze předem říci, nakolik signifikantní je vztah mezi věkem dítěte a rodičovskou úzkostí, jelikož jej některé studie shledaly významným (Charana, et al., 2018; Ueki, et al., 2015), jiné nikoliv (Tiedeman, 1997; Berenbaum, & Hatcher, 1992). Podobně tomu tak je s rodinným stavem matky a úzkostí ohledně operace dětí – Kain et al. (1996) vztah našli, narozdíl od Tehrani, Haghighi, & Bazmamoun (2012). Obecně je porovnání výsledků s ostatními studiemi nejednoznačné, hlavně kvůli rozdílům v metodologii, v podmínkách výzkumu, ale i v národnosti probandů.

Závěr

Mateřská úzkostnost je v souvislosti s předoperačním obdobím jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro rozvoj úzkosti a strachu u dětí (Charana et al., 2018; Davidson, et al., 2006; Fortier, et al., 2010). Souvisí se zvýšeným distresem a behaviorálními problémy dětí v nemocnici (Thompson, et al., 1996). I přes to, že je určitá míra úzkostnosti fyziologická, může se u matek projevit nadměrně zvýšená úzkost a ovlivnit tak samotnou operaci (Bevan, et al., 1990) i postoperační periodu (Liu, Barry, & Weinman, 1994).

Oproti úzkostnosti je mateřská senzitivita protektivním faktorem asociovaným s rychlejším rozvojem v kognitivních a sociálních oblastech (Landry, et al., 1997), ale také s redukcí úzkostnosti u dětí (Warren, & Simmens, 2005). Senzitivitu lze vnímat jako jednu z mateřských kompetencí, které jsou společně se vřelostí a přijetím hlavními součástmi rodičovství (Teti, & Candelaria, 2002).

Kromě úzkostnosti je vhodné sledovat i další mateřské psychopatologické projevy, jako jsou deprese, užívání drog, poruchy osobnosti, schizofrenie či poporodní psychóza. Například lze pozorovat důsledky deprese u matek na chování dětí – patologická odpověď na stres (Barry, et al., 2015), rozvoj antisociálního chování a výskyt nejisté vazby (Uddenberg, & Engleson, 1978).

Mateřská vazba úzce souvisí se senzitivitou, kterou matka projevuje vůči svému potomkovi. Její vliv lze sledovat jak u kojenců a batolat, tak v dalších věkových obdobích. Vazbové chování, které se utváří během kojeneckého období jako důsledek interakce s hlavním pečovatelem, se silně projevuje již ve 2 letech věku (Bowlby, 2010). Hlavními typy vazeb jsou vazba jistá a nejistá: úzkostná vzdorovitá, úzkostná vyhýbavá (Ainsworth, et al., 1978) a dezorganizovaná (Main, & Solomon, 1990), přičemž mezi projevy jisté vazby patří především adekvátní odpovídavost na potřeby dětí (Leblanc, et al., 2017). Jistá vazba je asociována s vyšším sebevědomím, schopností mít dlouhodobé vztahy a s vyhledáváním sociálních interakcí (Fischer, & Kim, 2007). Rozvoj nejisté vazby může vést k nedostatečné schopnosti vyrovnávat se s novým prostředím.

Operace a anestezie mohou být zdrojem emocionálního stresu u dítěte i rodičů (Güleç, & Özcengiz, 2015) a identifikace dětí s vyšším rizikem rozvoje předoperační úzkosti

je klíčová během přípravy na zákrok; stejně tak je důležité brát v potaz silnou asociaci s úzkostí u rodičů (Güleç, & Özcengiz, 2015). Faktory regulující psychický stav dítěte při přípravě na operaci jsou věk, vyzrálost, předchozí zkušenost s lékařskými procedurami i rodičovská úzkostnost (Kain, et al., 1996; Lumley, et al., 1990; Lumley, Melamed, & Abeles, 1993). Mateřský stres a úzkostnost mohou dítě ovlivnit přenosem stresu na dítě a narušením schopnosti náležitě se dítěti věnovat (Tehrani, Haghighi, & Bazmamoun, 2012). Vysoká rodičovská úzkostnost je asociována s rozvojem postoperačního maladaptivního chování u dítěte (Kain, et al., 2006).

Z faktorů asociovaných s mateřskou úzkostností lze zmínit věk dítěte (Ueki, et al., 2015), rodinný stav matky (Kain, et al., 1996), věk matky (Charana, et al., 2018) či počet dětí (Charana, et al., 2018). Některé studie však mezi faktory a úzkostností nenalezly signifikantní vztahy (Tiedeman, 1997; Weinraub, & Wolf, 1983; Tehrani, Haghighi, & Bazmamoun, 2012; Shirley, et al., 1998).

Můj navrhovaný výzkum zkoumá vztahy mezi mateřskou úzkostností, senzitivitou a psychickým zvládnutím předoperační periody u jejich dětí. U dětí sleduji míru předoperační úzkosti především pomocí observační metody. Hospitalizace může být zdrojem stresu pro dítě i jeho rodiče (Bevan, et al., 1990) a výzkumný problém sleduje, jak mohou vybrané dispozice figurovat v dané situaci a zda mohou korelovat s tím, jak dítě předoperační periodu prožívá. Hlavním cílem navrhovaného výzkumu je preventivní zásah do předoperační přípravy dětských pacientů doprovázených matkami, v českém prostředí. Výsledky výzkumu by mohly pomoci nalézt rizikové skupiny matek či specifické faktory, které u matek tvoří podstatnou část prožívání nepřiměřené úzkosti a strachu o děti.

Mateřská úzkostnost byla sledována v několika studiích o předoperační úzkosti dětí (Charana, et al., 2018; Davidson, et al., 2006; Fortier, et al., 2010), a proto se na ni zaměřuji. Výzkum by mohl přispět k lepšímu porozumění, jak matky s dětmi prožívají náročnou situaci. Výzkum by svým zasazením do nemocničního prostředí mohl pomoci zdravotníkům či lidem v dalších pomáhajících profesích, kteří se o přítomné téma zajímají a chtěli by jej dále rozvíjet.

Seznam použité literatury

- Ainsworth, M. S. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Ainsworth, M. S. (1989). *Baltimore Longitudinal Study of Attachment, 1963-1967*. doi: 10.7910/DVN/YKAMUT, Harvard Dataverse, V5.
- Ainsworth, M. S., & Bell, S. M. (1970). Attachment, Exploration, and Separation: Illustrated by the Behavior of One-Year-Olds in a Strange Situation. *Child Development*, 41(1), 49-67. doi: 10.2307/1127388.
- Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.
- Ainsworth, M. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46(4), 333-341. doi: 10.1037/0003 066X.46.4.333.
- Akinci, S. B., Köse, E. A., Ocal, T., & Aypar, U. (2008). The effects of maternal presence during anesthesia induction on the mother's anxiety and changes in children's behavior. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 50(6), 566-571. doi: 10.1016/j.jclinane.2017.03.001.
- Appukuttan, D. P., Tadepalli, A., Cholan, P. K, Subramanian, S., & Vinayagavel, M. (2013). Prevalence of dental anxiety among patients attending a dental educational institution in Chennai, India: A questionnaire based study. *Oral Health and Dental Management*, 12(4), 289-294. PMID: 24390031.
- Ayenew, N. T., Endalew, N. S., Agegnehu, A. F., & Bizuneh, Y. B. (2020). Prevalence and factors associated with preoperative parental anxiety among parents of children undergoing anesthesia and surgery: A cross-sectional study. *International Journal of Surgery Open*, 24, 18-26. doi: 10.1016/j.ijso.2020.03.004.
- Bailey, J. A., Hill, K. G., Guttmanova, K., Oesterle, S., Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & McMahon, R. J. (2013). The association between parent early adult drug use disorder and later observed parenting practices and child behavior problems: Testing alternate models. *Developmental Psychology*, 49(5), 887-899. doi: 10.1037/a0029235.

- Barnes, M. W. (2012). Having a First Versus a Second Child: Comparing Women's Maternity Leave Choices and Concerns. *Journal of Family Issues*, 34(1), 85-112. doi: 10.1177/0192513X12440089.
- Barry, T. J., Murray, L., Fearon, R. M., Moutsiana, C., Cooper, P., Goodyer, I. M., Herbert, J., & Halligan, S. L. (2015). Maternal postnatal depression predicts altered offspring biological stress reactivity in adulthood. *Psychoneuroendocrinology*, 52, 251-260. doi: 10.1016/j.psyneuen.2014.12.003.
- Beck, C. T. (1998). The effects of postpartum depression on child-development: A meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(1), 12-20. doi: 10.1016/S0883-9417(98)80004-6.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6): 893-897. doi:10.1037/0022-006x.56.6.893.
- Benson, J. B., & Haith, M. (Eds.). (2009). *Social and emotional development in infancy and early childhood (1st ed.)*. Amsterdam: Academic.
- Berenbaum, J., & Hatcher, J. (1992). Emotional Distress of Mothers of Hospitalized Children. *Journal of Pediatric Psychology*, 17(3), 359-372. doi: 10.1093/jpepsy/17.3.359.
- Bevan, J. C., Johnston, C., Haig, M. J., Tousignant, G., Lucy, S., Kirnon, V., Assimes, I. K., & Carranza, R. (1990). Preoperative parental anxiety predicts behavioural and emotional responses to induction of anaesthesia in children. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 37(2), 177-182. doi: 10.1007/BF03005466.
- Bohlin, G., Hagekull, B., & Rydell, A.-M. (2000). Attachment and social functioning: A longitudinal study from infancy to middle childhood. *Social Development*, 9(1), 24-39. doi: 10.1111/1467-9507.00109.
- Bowlby, J. (2010). *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.

- Bowlby, J., Robertson, J., & Rosenbluth, D. (1952). A Two-Year-Old Goes to Hospital. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 7(1), 82-94.
doi: 10.1080/00797308.1952.11823154.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1990). *The earliest relationship: Parents, infants, and the drama of early attachment*. Addison-Wesley/Addison Wesley Longman.
- Bretherton, I. (1992). The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759-775. doi: 10.1037/0012-1649.28.5.759.
- Cagiran, E., Sergin, D., Deniz, M. N., Tanatti, B., Emiroglu, N., & Alper, I. (2014). Effects of sociodemographic factors and maternal anxiety on preoperative anxiety in children. *The Journal of International Medical Research*, 42(2), 572-580. doi: 10.1177/0300060513503758.
- Carleton, R. N., & Asmundson, G. J. (2009). The multidimensionality of fear of pain: construct independence for the fear of Pain Questionnaire-Short Form and the Pain Anxiety Symptoms Scale-20. *The Journal of Pain*, 10(1), 29-37. doi: 10.1016/j.jpain.2008.06.007.
- Causey, D. L., & Dubow, E. F. (1992). Development of a self-report coping measure for elementary school children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(1), 47-59. doi: 10.1207/s15374424jccp2101_8.
- Charana, A., Tripsianis, G., Matziou, V., Vaos, G., Iatrou, C., & Chloropoulou, P. (2018). Preoperative Anxiety in Greek Children and Their Parents When Presenting for Routine Surgery. *Anesthesiology Research and Practice*, 2, 1-6. doi: 10.1155/2018/5135203.
- Cohn, J. F., Matias, R., Tronick, E. Z., Lyons-Ruth, K., & Connell, D. (1986). Face-to-face interactions, spontaneous and structured, of mothers with depressive symptoms. In Field, T., & Tronick, E. Z. (Eds.), *Maternal depression and child development* (pp. 31-46). San Francisco: Jossey-Bass.
- Costa, N. M., & Weems, C. F. (2005). Maternal and Child Anxiety: Do Attachment Beliefs or Children's Perceptions of Maternal Control Mediate Their Association? *Social Development*, 14(4), 574-590. doi: 10.1111/j.14679507.2005.00318.x.

- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127. doi: 10.1037/0033-2909.127.1.87.
- Compas, B. E., Orosan, P. G., & Grant, K. E. (1993). Adolescent stress and coping: implications for psychopathology during adolescence. *Journal of Adolescence*, 16(3), 331-349. doi: 10.1006/jado.1993.1028.
- Court, H., Greenland, K., & Margrain, T. H. (2010). Measuring patient anxiety in primary care: Rasch analysis of the 6-item Spielberger State Anxiety Scale. *Value Health*, 13(6), 813-819. doi: 10.1111/j.1524-4733.2010.00758.x.
- Creswell, C., O'Connor, T. G., & Brewin, C. R. (2008). The Impact of Parent's Expectations on Parenting Behaviour: An Experimental Investigation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(4), 483-490. doi: 10.1017/S1352465808004414.
- Cui, X., Zhu, B., Zhao, J., Huan, Y., Luo, A., & Wei, J. (2016). Parental state anxiety correlates with preoperative anxiety in Chinese preschool children. *Journal Of Paediatrics and Child Health*, 52(6), 649-655. doi: 10.1111/jpc.13176.
- Davidson, A. J., Shrivastava, P. P., Jansen, K., Huang, G. H., Czarnecki, C., Gibson, M. A., Stewart, S. A., & Stargatt, R. (2006). Risk factors for anxiety at induction of anesthesia in children: a prospective cohort study. *Pediatric Anaesthesia*, 16(9), 919-927. doi: 10.1111/j.1460-9592.2006.01904.x.
- Davis, S. K. (1990). Chemical dependency in women: A description of its effects and outcome on adequate parenting. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 7(4), 225-232. doi: 10.1016/0740-5472(90)90045-R.
- Demers, I., Bernier, A., Tarabulsky, G. M., & Provost, M. A. (2010). Mind-mindedness in adult and adolescent mothers: Relations to maternal sensitivity and infant attachment. *International Journal of Behavioral Development*, 34(6), 529-537. doi: 10.1177/0165025410365802.

Dise-Lewis, J. E. (1988). The life events and coping inventory: An assessment of stress in children. *Psychosomatic Medicine*, 50(5), 484-499. doi: 10.1097/00006842-198809000-00005.

Donaldson, D., Prinstein, M. J., Danovsky, M., & Spirito, A. (2000). Patterns of children's coping with life stress: Implications for clinicians. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(3), 351-359. doi: 10.1037/h0087689.

Evans, E. M., Moran, G., Bento, S., & Pederson, D. R. (2007). Assessing Maternal Sensitivity from Videotaped Recordings: Validity and Practical Applications. *Psychology Presentations*, 13. <https://ir.lib.uwo.ca/psychologypres/13>

Ertel, K. A., Rich-Edwards, J. W., & Koenen, K. C. (2011). Maternal depression in the United States: Nationally representative rates and risks. *Journal of Women's Health (2002)*, 20(11), 1609-1617. doi: 10.1089/jwh.2010.2657.

Fisher, P. A., & Kim, H. K. (2007). Intervention effects on foster preschoolers' attachment-related behaviors from a randomized trial. *Prevention Science*, 8(2), 161-170. doi: 10.1007/s11121-007-0066-5.

Fortier, M. A., Del Rosario, A. M., Martin, S. R., & Kain, Z. N. (2010). Perioperative anxiety in children. *Paediatric Anaesthesia*, 20(4), 318-322. doi: 10.1111/j.1460-9592.2010.03263.x.

Frick, P. J., Silverthorn, P., & Evans, C. (1994). Assessment of childhood anxiety using structured interviews: Patterns of agreement among informants and association with maternal anxiety. *Psychological Assessment*, 6(4), 372-379. doi: 10.1037/1040-3590.6.4.372.

Güleç, E., & Özcengiz, D. (2015). Preoperative psychological preparation of children. *Turkish Journal of Anaesthesiology and Reanimation*, 43(5), 344-346. doi: 10.5152/TJAR.2015.16768.

Grunebaum, H., Weiss, J. L., Gallant, D., & Cohler, B. J. (1974). Attention in young children of psychotic mothers. *American Journal of Psychiatry*, 131(8), 887-91. doi: 10.1176/ajp.131.8.887.

- Hannallah, R. S., & Rosales, J. K. (1983). Experience with parents' presence during anaesthesia induction in children. *Canadian Anaesthetist's Society Journal*, 30(3 Pt 1), 286-289. doi: 10.1007/BF03013809.
- Harden, B. J., Panlilio, C., Morrison, C., Duncan, A. D., Duchene, M., & Clyman, R. B. (2017). Emotion Regulation of Preschool Children in Foster Care: The Influence of Maternal Depression and Parenting. *Journal of Child and Family Studies*, 26(4), 1124-1134. doi: 10.1007/s10826-016-0636-x.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hesse, E., & Main, M. (2000). Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1097-1127. doi: 10.1177/00030651000480041101.
- Hobson, R. P., Patrick, M., Crandell, L., García-Pérez, R., & Lee, A. (2005). Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(2), 329-347. doi: 10.1017/s0954579405050169.
- Gibaud-Wallston, J., & Wandersman, L. P. (1978). *Development and utility of the Parenting Sense of Competence Scale*. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Toronto, Canada.
- Jenkins, B. N., Fortier, M. A., Kaplan, S. H., Mayes, L. C., & Kain, Z. N. (2014). Development of a short version of the modified Yale Preoperative Anxiety Scale. *Anesthesia & Analgesia*, 119(3), 643-650. doi: 10.1213/ANE.0000000000000350.
- Jones, I., Chandra, P. S., Dazzan, P., & Howard, L. M. (2014). Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *Lancet (London, England)*, 384(9956), 1789-1799. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61278-2.
- Kain, Z. N., Mayes, L. C., Cicchetti, D. V., Caramico, L. A., Spieker, M., Nygren, M. M., & Rimar, S. (1995). Measurement tool for preoperative anxiety in young children: The yale preoperative anxiety scale. *Child Neuropsychology*, 1(3), 203-210. doi: 10.1080/09297049508400225.

Kain, Z. N., Mayes, L. C., & Caramico, L. A. (1996). Preoperative preparation in children: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Anesthesia*, 8(6), 508-514. doi: 10.1016/0952-8180(96)00115-8.

Kain, Z. N., Mayes, L. C., O'Connor, T. Z., & Cicchetti, D. V. (1996). Preoperative anxiety in children. Predictors and outcomes. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 150(12), 1238-1245. doi: 10.1001/archpedi.1996.02170370016002.

Kain, Z. N., Mayes, L. C., Cicchetti, D. V., Bagnall, A. L., Finley, J. D., & Hofstadter, M. B. (1997). The Yale Preoperative Anxiety Scale: how does it compare with a "gold standard"? *Anesthesia & Analgesia*, 85(4), 783-788. doi: 10.1097/00000539-199710000-00012.

Kain, Z. N., Mayes, L. C., Wang, S., Caramico, L. A., & Hofstadter, M. B. (1998). Parental presence during induction of anesthesia versus sedative premedication: Which intervention is more effective? *Anesthesiology*, 89(5), 1147-10A. doi: 10.1097/00000542-199811000-00015.

Kain, Z. N., Mayes, L. C., Caldwell-Andrews, A. A., Karas, D. E., & McClain, B. C. (2006). Preoperative anxiety, postoperative pain, and behavioral recovery in young children undergoing surgery. *Pediatrics*, 118(2), 651-658. doi: 10.1542/peds.2005-2920.

Kiel, E., Gratz, K. L., Moore, S. A., & Latzman, R. D. (2011). The Impact of Borderline Personality Pathology on Mothers' Responses to Infant Distress. *Journal of Family Psychology*, 25(6), 907-918. doi: 10.1037/a0025474.

Kolar, A. F., Brown, B. S., Haertzen, C. A., & Michaelson, B. S. (1994). Children of substance abusers: The life experiences of children of opiate addicts in methadone maintenance. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20(2), 159-171. doi: 10.3109/00952999409106780.

Landry, S. H., Smith, K. E., Miller-Loncar, C. L., & Swank, P. R. (1997). Predicting cognitive-language and social growth curves from early maternal behaviors in children at varying degrees of biological risk. *Developmental Psychology*, 33(6), 1040-1053. doi: 10.1037//0012-1649.33.6.1040.

- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Pub. Co.
- Leblanc, É., Dégeilh, F., Daneault, V., Beauchamp, M. H., & Bernier, A. (2017). Attachment Security in Infancy: A Preliminary Study of Prospective Links to Brain Morphometry in Late Childhood. *Frontiers in Psychology*, 8, 2141. doi: 10.3389/fpsyg.2017.0214.
- Levy, K. N., Johnson, B. N., Clouthier, T. L., Scala, J. W., & Temes, C. M. (2015). An attachment theoretical framework for personality disorders. *Canadian Psychology*, 56(2), 197-207. doi: 10.1037/cap0000025.
- Liu, R., Barry, J. E. S., & Weinman, J. (1994). Effects of background stress and anxiety on post-operative recovery. *Anaesthesia*, 49, 382-386. doi: 10.1111/j.1365-2044.1994.tb03467.x.
- Lumley, M. A., Abeles, L. A., Melamed, B. G., Pistone, L. M., & Johnson, J. H. (1990). Coping outcomes in children undergoing stressful medical procedures: The role of child-environment variables. *Behavioral Assessment*, 12(2), 223-238.
- Lumley, M. A., Melamed, B. G., & Abeles, L. A. (1993). Predicting Children's Presurgical Anxiety and Subsequent Behavior Changes. *Journal of Pediatric Psychology*, 18(4), 481-497. doi: 10.1093/jpepsy/18.4.481.
- Macfie, J., & Swan, S. A. (2009). Representations of the caregiver-child relationship and of the self, and emotion regulation in the narratives of young children whose mothers have borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(3), 993-1011. doi: 10.1017/S0954579409000534.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/ disoriented attachment pattern. In Yogman M., & Brazelton T. B. (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Norwood, NJ: Ablex.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In Greenberg M. T.,

Cicchetti, D., & Cummings, E. M. (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121-160). Chicago, IL: University of Chicago Press.

Mareš, J. (1999). Diagnostika a zvládání zátěže u dětí a dospívajících. *Pedagogika*, 49(1), 12-42.

Melamed, B. G., Meyer, R., Gee, C., & Soule, L. (1976). The influence of time and type of preparation on children's adjustment to hospitalization. *Journal of Pediatric Psychology*, 1(4), 31-37. doi: 10.1007/978-1-4757-2677-0_12.

Messeri, A., Caprilli, S., & Busoni, P. (2004). Anaesthesia induction in children: A psychological evaluation of the efficiency of parents' presence. *Paediatric Anaesthesia*, 14(7), 551-556. doi: 10.1111/j.1460-9592.2004.01258.x.

MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Tabelární část. Aktualizované vydání k 1. 1. 2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2017. ISBN 978-80-7472-168-7.

Moura, L. A., Dias, I. M., & Pereira, L. V. (2016). Prevalence and factors associated with preoperative anxiety in children aged 5-12 years. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(24), e2708. doi: 10.1590/1518-8345.0723.2708.

Nigg, J. T., & Goldsmith, H. H. (1994). Genetics of personality disorders: Perspectives from personality and psychopathology research. *Psychological Bulletin*, 115(3), 346-380. doi: 10.1037/0033-2909.115.3.346.

Orchard, F., Cooper, P. J., Phil, D., & Creswell, C. (2015). Interpretation and Expectations Among Mothers of Children With Anxiety Disorders: Associations With Maternal Anxiety Disorder. *Depression & Anxiety*, 32(2), 99-107. doi: 10.1002/da.22211.

Pederson, D. R., Moran, G., & Bento, S. (1999). Maternal Behaviour Q-sort. *Psychology Publications*, 1.

Praško, J. (2002). Úzkostné poruchy. In Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (Eds.). *Psychiatrie* (pp. 482-488). Praha: Tigis.

Pražáková, E. (2018). *Rodičovské kompetence a psychická odolnost dětí předškolního věku* (Diplomová práce). Dostupné z <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/120293819>

Powis, B., Gossop, M., Bury, C., Payne, K., & Griffiths, P. (2000). Drug-using mothers: social, psychological and substance use problems of women opiate users with children. *Drug and Alcohol Review*, 19(2), 171-180. doi: 10.1080/cdar.19.2.171.180.

Priel, A., Djalovski, A., Zagoory-Sharon, O., & Feldman, R. (2019). Maternal depression impacts child psychopathology across the first decade of life: Oxytocin and synchrony as markers of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 60(1), 30-42. doi: 10.1111/jcpp.12880.

Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (2015). *DSM-5: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.

Rose, M., & Devine, J. (2014). Assessment of patient-reported symptoms of anxiety. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 16(2), 197-211. doi: 10.31887/DCNS.2014.16.2/mrose.

Sahin, T., Gulec, E., Ahrazoglu, M., & Tetiker, S. (2016). Association between preoperative maternal anxiety and neonatal outcomes: A prospective observational study. *Journal of Clinical Anesthesia*, 33, 123-126. doi: 10.1016/j.jclinane.2016.03.022.

Seifer, R., & Dickstein, S. (1993). Parental mental illness and infant development. In Zeanah, C. H. (Ed.), *Handbook of infant mental health*. New York: Guilford.

Shirley, P. J., Thompson, N., Kenward, M., & Johnston, G. (1998). Parental anxiety before elective surgery in children. *Anaesthesia*, 53(10), 956-959. doi: 10.1046/j.1365-2044.1998.00533.x.

Snellen, M., Mack, K., & Trauer, T. (1999). Schizophrenia, mental state, and mother-infant interaction: Examining the relationship. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(6), 902-911. doi: 10.1046/j.1440-1614.1999.00641.x.

Spielberger, C. D., Auerbach, S. M., Wadsworth, A. P., Dunn, T. M., & Taulbee, E. S. (1973). Emotional reactions to surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40(1), 33-38. doi: 10.1037/0278-6133.12.6.469.

Spielberger, C. D. (1989). *State-Trait Anxiety Inventory: Bibliography* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. The GAD-7. *Archives of Internal medicine*, 166(10), 1092-1097. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092.

Sroufe, A. L. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7(4), 349-367. doi: 10.1080/14616730500365928.

Steward, D. J. (1973). Experiences with an outpatient anesthesia service for children. *Anesthesia & Analgesia*, 52(6), 877-880. doi: 10.1213/00000539-197311000-00002.

Swift, W., Copeland, J., & Hall, W. (1996). Characteristics of women with alcohol and other drug problems: Findings of an Australian national survey. *Addiction*, 91(8), 1141-1150. doi: 10.1046/j.1360-0443.1996.91811416.x.

Šulová, L. (2005). *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum.

Tamis-LeMonda, C. S. (1996). Maternal Sensitivity: Individual, Contextual and Cultural Factors in Recent Conceptualizations. *Early Development and Parenting*, 5(4), 167-171. doi: 10.1002/(SICI)1099-0917(199612)5:4<167::AID EDP130>3.0.CO;2-N.

Tehrani, H. T., Haghighi, M., & Bazmamoun, H. (2012). Effects of Stress on Mothers of Hospitalized Children in a Hospital in Iran. *Iranian Journal of Child Neurology*, 6(4), 39-45. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24665279/>

Teti, D. M., & Candelaria, M. A. (2002). Parenting competence. In Bornstein, M. H. (Ed.), *Handbook of parenting: Social conditions and applied parenting* (2nd ed., pp. 149- 180). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates.

Tiedeman, M. E. (1997). Anxiety responses of parents during and after the hospitalization of their 5- to 11-year-old children. *Journal of Pediatric Nursing*, 12(2), 110-119. doi: 10.1016/S0882-5963(97)80031-0.

- Tiedeman, M. E., & Clatworthy, S. (1990). Anxiety responses of 5- to 11-year-old children during and after hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*, 5(5), 334-343. doi: 10.1016/S0882-5963(97)80031-0.
- Tiejian, W., Dixon, W. E., Dalton, W. T., Tudiver, F., & Liu, X. (2011). Joint Effects of Child Temperament and Maternal Sensitivity on the Development of Childhood Obesity. *Maternal and Child Health Journal*, 15(4), 469-477. doi: 10.1007/s10995-010-0601-z.
- Thompson, N., Irwin, M. G., Gunawardene, W. M. S., & Chan, L. (1996). Pre-operative parental anxiety. *Anaesthesia*, 51(11), 1008-1012. doi: 10.1111/j.1365-2044.1996.tb14992.x.
- Tracy, J. L., Cheng, J. T., Martens, J. P., & Robins, R. W. (2011). The emotional dynamics of narcissism. In Campbell, W. K., & Miller, J. D. (Eds.), *The Handbook of Narcissism and Narcissistic Personality Disorder: Theoretical Approaches, Empirical Findings, and Treatments* (pp. 330-343). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Uddenberg, N., & Engleson, I. (1978). Prognosis of post partum mental disturbance: A prospective study of primiparous women and their 4 1/2-year-old children. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 58(3), 201-212. doi: 10.1111/j.1600-0447.1978.tb06933.x.
- Ueki, S., Niinomi, K., Takashima, Y., Kimura, R., Komai, K., Murakami, K., & Fujiwara, C. (2015). Predictors of maternal state anxiety on arrival at a Japanese hospital outpatient clinic: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17-18), 2383-2391. doi: 10.1111/jocn.12788.
- Valkenburg, C. V., & Winkour, G. (1986). Anxiety symptoms. In Winkour, G., & Clayton, P. J. (Eds.), *The Medical Basis of Psychology* (pp. 400-413). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Warren, S. L., & Simmens, S. J. (2005). Predicting toddler anxiety/depressive symptoms: Effects of caregiver sensitivity of temperamentally vulnerable children. *Infant Mental Health Journal*, 26(1), 40-55. doi: 10.1002/imhj.20034.

- Watson, A. T., & Visram, A. (2003). Children's preoperative anxiety and postoperative behaviour. *Paediatric Anaesthesia*, 13(3), 188-204. doi: 10.1046/j.1460-9592.2003.00848.x.
- Weinraub, M., & Wolf, B. M. (1983). Effects of stress and social supports on mother-child interactions in single- and two-parent families. *Child Development*, 54(5), 1297-1311. doi: 10.2307/1129683.
- Wheatcroft, R., & Creswell, C. (2007). Parents' cognitions and expectations about their pre-school children: The contribution of parental anxiety and child anxiety. *British Journal of Developmental Psychology*, 25(3), 435-441. doi: 10.1348/026151006X173288.
- Wollin, S. R., Plummer, J. L., Owen, H., Hawkins, R. M., & Materazzo, F. (2003). Predictors of preoperative anxiety in children. *Anaesthesia and Intensive Care*, 31(1), 69-74. doi: 10.1177/0310057X0303100114.
- Wynne, L. C. (1981). Current concepts about schizophrenics and family relationships. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 169(2), 82-89. doi: 10.1097/00005053-198102000-00003.
- Wray, J., Lee, K., Dearmun, N., & Franck, L. (2011). Parental anxiety and stress during children's hospitalisation: The StayClose study. *Journal of Child Health Care*, 15(3), 163-74. doi: 10.1177/1367493511408632.

Seznam tabulek

Tabulka 1 – GAD-7, česká verze (Spitzer, et al., 2006).....	27
-------------------------------------------------------------	----

Seznam zkratek

APA	American Psychological Association
BAI	Beck Anxiety Inventory
DUD	Drug Use Disorder
GAD	Generalized Anxiety Disorder
ICD 10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize
mYPAS	modified Yale Preoperative Anxiety Scale
PSOC	Parenting Sense of Competence
STAI	State-Trait Anxiety Inventory

Příloha 1.

Parenting Sense of Competence Scale

(Gibaud-Wallston & Wandersman, 1978)

Please rate the extent to which you agree or disagree with each of the following statements.

	Strongly Disagree	Somewhat Disagree	Disagree	Agree	Somewhat Agree	Strongly Agree
	1	2	3	4	5	6
1. The problems of taking care of a child are easy to solve once you know how your actions affect your child, an understanding I have acquired.	1	2	3	4	5	6
2. Even though being a parent could be rewarding, I am frustrated now while my child is at his / her present age.	1	2	3	4	5	6
3. I go to bed the same way I wake up in the morning, feeling I have not accomplished a whole lot.	1	2	3	4	5	6
4. I do not know why it is, but sometimes when I'm supposed to be in control, I feel more like the one being manipulated.	1	2	3	4	5	6
5. My mother was better prepared to be a good mother than I am.	1	2	3	4	5	6
6. I would make a fine model for a new mother to follow in order to learn what she would need to know in order to be a good parent.	1	2	3	4	5	6
7. Being a parent is manageable, and any problems are easily solved.	1	2	3	4	5	6
8. A difficult problem in being a parent is not knowing whether you're doing a good job or a bad one.	1	2	3	4	5	6
9. Sometimes I feel like I'm not getting anything done.	1	2	3	4	5	
10. I meet by own personal expectations for expertise in caring for my child.	1	2	3	4	5	6
11. If anyone can find the answer to what is troubling my child, I am the one.	1	2	3	4	5	6
12. My talents and interests are in other areas, not being a parent.	1	2	3	4	5	6
13. Considering how long I've been a mother, I feel thoroughly familiar with this role.	1	2	3	4	5	6
14. If being a mother of a child were only more interesting, I would be motivated to do a better job as a parent.	1	2	3	4	5	6
15. I honestly believe I have all the skills necessary to be a good mother to my child.	1	2	3	4	5	6
16. Being a parent makes me tense and anxious.	1	2	3	4	5	6
17. Being a good mother is a reward in itself.	1	2	3	4	5	6

Příloha 2.



Příloha 3.

Item	Scale point behaviors
Activity	1. Looking around, curious, playing with toys, reading (or other age-appropriate behavior); moves around holding area/ treatment room to get toys or go to parent; may move toward OR equipment
	2. Not exploring or playing, may look down, may fidget with hands or suck thumb (blanket); may sit close to parent while waiting
	3. Moving from toy to parent in unfocused manner, nonactivity-derived movements; frenetic/frenzied movement or play; squirming, moving on table, may push mask away or clinging to parent
	4. Actively trying to get away, pushes with feet and arms, may move whole body; in waiting room, running around unfocused, not looking at toys or will not separate from parent, desperate clinging
Vocalizations	1. Reading (nonvocalizing appropriate to activity), asking questions, making comments, babbling, laughing, readily answers questions but may be generally quiet; child too young to talk in social situations or too engrossed in play to respond
	2. Responding to adults but whispers, "baby talk," only head nodding
	3. Quiet, no sounds or responses to adults
	4. Whimpering, moaning, groaning, silently crying
	5. Crying or may be screaming "no"
	6. Crying, screaming loudly, sustained (audible through mask)
Emotional expressivity	1. Manifestly happy, smiling, or concentrating on play
	2. Neutral, no visible expression on face
	3. Worried (sad) to frightened, sad, worried, or tearful eyes
	4. Distressed, crying, extreme upset, may have wide eyes
State of arousal	1. Alert, looks around occasionally, notices/watches what anesthesiologist does with him/her
	2. Withdrawn, child sitting still and quiet, may be sucking on thumb, or face turned to adult
	3. Vigilant, looking quickly all around, may startle to sounds, eyes wide, body tense
	4. Panicked whimpering, may be crying or pushing others away, turns away
Use of parent	1. Busy playing, sitting idle, or engaged in age-appropriate behavior and does not need parent; may interact with parent if parent initiates the interaction
	2. Reaches out to parent (approaches parent and speaks to otherwise silent parent), seeks and accepts comfort, may lean against parent
	3. Looks to parents quietly, apparently watches actions, does not seek contact or comfort, accepts it if offered or clings to parent
	4. Keeps parent at distance or may actively withdraw from parent, may push parent away or desperately clinging to parent and will not let parent go